

INFORME AUDITORÍA DE CUMPLIMIENTO

EVALUAR EL CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVIDAD DEL COMPONENTE DE BIENES MUEBLES E INMUEBLES (PROPIEDAD, PLANTA Y EQUIPO), MEDIO AMBIENTE, PATOLOGÍA, CIENCIAS FORENSES E INFRAESTRUCTURA

**INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES –
INMLCF**

**CGR-CDJ No. 012
Noviembre de 2025**

**INFORME DE AUDITORÍA DE CUMPLIMIENTO PARA EVALUAR EL
CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVIDAD DEL COMPONENTE DE BIENES
MUEBLES E INMUEBLES (PROPIEDAD, PLANTA Y EQUIPO), MEDIO
AMBIENTE, PATOLOGÍA, CIENCIAS FORENSES E INFRAESTRUCTURA**

Contralor General de la República

Carlos Hernán Rodríguez Becerra

Contralora Delegada

Jenny Elizabeth Lindo Diaz

Director de Vigilancia Fiscal

Alberto Torres Gutiérrez

Supervisor

Efraín Montejo Ángel

Líder de auditoría

Gregorio Rodríguez Ordoñez

Auditores

Mabeling Nisyela Muñoz Riaño

Rafael Andrés Chaparro Barreto

Miguel Ángel Jiménez Sánchez

TABLA DE CONTENIDO

1. OBJETIVO DE LA AUDITORÍA	5
2. FUENTES Y CRITERIOS DE AUDITORÍA	5
3. ALCANCE DE LA AUDITORÍA	7
4. CONTRATACIÓN	7
5. ATENCIÓN DE DENUNCIAS ASIGNADAS	8
6. LIMITACIONES DEL PROCESO	8
7. RESULTADOS EVALUACIÓN CONTROL INTERNO	8
8. HECHOS RELEVANTES	9
9. CONCLUSIONES GENERALES Y CONCEPTO DE LA EVALUACIÓN REALIZADA	11
10. RELACIÓN DE HALLAZGOS	13
11. PLAN DE MEJORAMIENTO	13
12. OBJETIVOS	14
12.1. OBJETIVO GENERAL	14
12.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
13. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA	14
13.1. RESULTADOS GENERALES SOBRE EL ASUNTO O MATERIA AUDITADA	14
13.2. RESULTADOS DE SEGUIMIENTO A RESULTADOS DE AUDITORÍAS ANTERIORES	14
13.3. CONTRATACIÓN	15
13.4. ASPECTOS RELEVANTES COMPONENTE AMBIENTAL	16
13.5. RESULTADOS EN RELACIÓN CON EL OBJETIVO ESPECÍFICO No. 1	16
13.5.1. Infraestructura, inventarios y archivo	17
13.6. RESULTADOS EN RELACIÓN CON EL OBJETIVO ESPECÍFICO No. 2	130
13.6.1. Componente ambiental	130
13.7. RESULTADOS EN RELACIÓN CON EL OBJETIVO ESPECÍFICO No. 3	145
13.7.1. Denuncias e Insumos	145
14. ANEXOS	147

817112

Doctor

ARIEL EMILIO CORTÉS MARTÍNEZ

Director General

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses

Direcciongeneral@medicinalegal.gov.co

Bogotá D.C.

Asunto: Informe final Auditoría de Cumplimiento – Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses– INMLCF.

Respetado Doctor Cortés:

Con fundamento en las facultades otorgadas por el Artículo 267 de la Constitución Política, la Contraloría General de la República realizó auditoría de cumplimiento para “*Evaluar el cumplimiento de la normatividad del componente de bienes Muebles e Inmuebles (PROPIEDAD, PLANTA Y EQUIPO), Medio Ambiente, Patología, Ciencias Forenses e Infraestructura*” al Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

Es responsabilidad de la Administración, el contenido en calidad y cantidad de la información suministrada, así como con el cumplimiento de las normas que le son aplicables a su actividad institucional en relación con el asunto auditado.

Es obligación de la CGR expresar con independencia, una conclusión sobre las gestión y acciones adelantadas para el cumplimiento de la misionalidad del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (normatividad vigente, requisitos legales y requisitos técnicos) relacionados con el componente de propiedad, planta y equipo, con los protocolos de bioseguridad, certificaciones y/o acreditaciones, permisos y procedimientos de tipo ambiental, aplicados por Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, la cual debe estar fundamentada en los resultados obtenidos en la auditoría realizada.

Este trabajo, se ajustó a lo dispuesto en los principios fundamentales de auditoría y las directrices impartidas para la auditoría de cumplimiento, conforme a lo establecido en la Resolución Orgánica 022 del 31 de agosto de 2018, proferida por la Contraloría General de la República y en concordancia con las ISSAI 100 y 400, correspondiente a las Normas Internacionales de las Entidades Fiscalizadoras Superiores (ISSAI¹), desarrolladas por la Organización Internacional de las Entidades Fiscalizadoras Superiores (INTOSAI²) para las Entidades Fiscalizadoras Superiores.

¹ ISSAI: The International Standards of Supreme Audit Institutions.

² INTOSAI: International Organisation of Supreme Audit Institutions.

Estos principios, demandan de parte de la CGR la observancia de las exigencias profesionales y éticas que requieren de una planificación y ejecución de la auditoría, destinadas a obtener garantía limitada de que los procesos cumplen con la normatividad que le es aplicable.

La auditoría incluyó el análisis y verificación de las actividades desarrolladas, para verificar y evaluar la gestión y acciones adelantadas para el cumplimiento de la misionalidad del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (normatividad vigente, requisitos legales y requisitos técnicos) relacionados con el componente de propiedad, planta y equipo; además de verificar y evaluar el cumplimiento de protocolos de bioseguridad, certificaciones y/o acreditaciones, permisos y procedimientos de tipo ambiental, además del manejo de residuos peligrosos y emisión de olores de los laboratorios y morgues, conforme a las exigencias legales y sanitarias y atender las denuncias e insumos asignados en desarrollo de la auditoría, que comprenden las vigencias 2023 y 2024, que soportan el proceso auditado y permitan confirmar el cumplimiento de las disposiciones legales y procedimientos internos de la Entidad.

Los análisis y conclusiones, se encuentran debidamente documentados en los papeles de trabajo que reposan en el Sistema de información de Auditorías establecido para tal efecto y en los archivos de la Delegada para el Sector Justicia.

Las observaciones encontradas, se dieron a conocer oportunamente a la Entidad dentro del desarrollo de la auditoría y las respuestas fueron debidamente analizadas por el equipo auditor y plasmadas en este informe, constituyendo los hallazgos que la CGR consideró pertinentes.

1. OBJETIVO DE LA AUDITORÍA

Evaluar el cumplimiento de la normatividad del componente de bienes Muebles e Inmuebles (PROPIEDAD, PLANTA Y EQUIPO), Medio Ambiente, Patología, Ciencias Forenses e Infraestructura.

2. FUENTES Y CRITERIOS DE AUDITORÍA

Tabla 1. Fuente de criterio de la Auditoría

FUENTES DE CRITERIO	CRITERIOS DE EVALUACIÓN
Constitución Política de Colombia	Título VII – Artículo 209 Título X – Artículo 269
Ley 80 de 1993	Estatuto General de Contratación de la Administración Pública General
Código Civil	Artículos 1494, 1495, 1498, 1530, 1551
Ley 1931 de 2018	<i>“Por la cual se establecen directrices para la gestión del cambio climático”.</i>
Ley 2387 de 2024	<i>“Por medio de la Cual se modifica el procedimiento sancionatorio ambiental, ley 1333 de 2009, con el propósito de otorgar herramientas</i>

	<i>efectivas para prevenir y sancionar a los infractores y se dictan otras disposiciones”.</i>
Ley 489 de 1998	Principios y finalidades de la función administrativa Artículos 3, 4 y 6
Ley 610 de 2000	Artículo 3. Gestión Fiscal.
Ley 1150 de 2007	Disposiciones generales aplicables a toda contratación pública Título I. De la Eficiencia y de la Transparencia Título II. Disposiciones generales para la Contratación con Recursos Públicos Título III. Disposiciones Varias
Ley 1474 de 2011	<i>“Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública”.</i>
Ley 1437 de 2011	<i>“Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo”</i>
Ley 906 de 2004	<i>“Por la cual se expide el Código de Procedimiento Penal”.</i>
Ley 1252 de 2008	<i>“Por la cual se dictan normas prohibitivas en materia ambiental, referentes a los residuos y desechos peligrosos y se dictan otras disposiciones”.</i>
Ley 1952 de 2019	<i>“Código General Disciplinario”.</i>
Ley 938 de 2004	<i>“Por la cual se expide el Estatuto Orgánico de la Fiscalía General de la Nación”</i>
Ley 270 de 1996	El artículo 31 establece la Naturaleza Jurídica del Instituto Nacional de Medicina Legal.
Ley 9 de 1979	<i>“Por la cual se dictan Medidas Sanitarias”.</i>
Ley 73 de 1988 Modificada por Ley 1805 de 2016	<i>“Por el cual se expide el Estatuto Orgánico del Sistema General de Seguridad Social en Salud”.</i>
Ley 9 de 1979	<i>“Por la cual se establece que en todo lugar de trabajo se establecerá un programa de salud ocupacional”.</i>
Ley 1562 de 2021	<i>“Por la cual se estableció que el programa de S.O se entenderá como SG-SST”.</i>
Ley 400 de 1997	<i>“Reglamento Colombiano de Construcción Sismo Resistente – NSR 10”</i>
Decreto 1076 de 2015	<i>“Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Ambiente y Desarrollo Sostenible”.</i>
Decreto 1555 de 2017	<i>“Por el cual se modifica los artículos 2.2.9.1.9., 2.2.9.6.1.10.y.2.2.9.1.12. del libro 2, Parte 2, Título 9, Capítulo 6, Sección 1, del Decreto número 1076 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Ambiente y Desarrollo Sostenible, en lo relacionado con la Tasa por utilización de Aguas y se dictan otras disposiciones”.</i>
Decreto 1076 de 2015	Decreto Único Reglamentario Sector Ambiente y Desarrollo Sostenible.
Decreto 1082 de 2015	Estructura sector Administrativo de Planeación Nacional
Decreto 1083 de 2015	Estructura sector Función Pública
Decreto Ley 403 de 2020	Fortalecimiento del control fiscal General
Decreto 4741 de 2005	<i>“Por el cual se reglamenta parcialmente la prevención y el manejo de los residuos o desechos peligrosos generados en el marco de la gestión integral”.</i>
Decreto 0351 de 2014	<i>“Por el cual se reglamenta la gestión integral de los residuos generados en la atención en salud y otras actividades”.</i>
Decreto Ley 21 de 2014	Régimen de las situaciones administrativas en las que se pueden encontrar los servidores públicos de la Fiscalía General de la Nación y de sus entidades adscritas (Medicina Legal).

Decreto 2811 de 1974	<i>"Por el cual se dicta el Código Nacional de Recursos Naturales Renovables y de Protección al Medio Ambiente".</i>
Decreto 1072 de 2015	<i>"Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo".</i>
Decreto 52 de 2017	Del Decreto 1072/2015 sobre la transición para la implementación del SG-SST
Resolución 4145 de 2014	<i>"Por medio del cual se establecen directrices para el funcionamiento y operación de los sistemas de almacenamiento de agua potable para el consumo humano y se dictan otras disposiciones en el municipio de Santiago de Cali".</i>
Resolución 0330 de 2017	<i>"Por la cual se adopta el Reglamento Técnico para el sector Agua Potable y Saneamiento Básico – RAS y se derogan las resoluciones 1096 de 2000, 0424 de 2001, 0668 de 2003, 1459 de 2005 y 2320 de 2009".</i>
Resolución 631 de 2015	<i>"Por la cual se establecen los parámetros y los valores límites máximos permisibles en los vertimientos puntuales a cuerpos de aguas superficiales y a los sistemas de alcantarillado público y se dictan otras disposiciones".</i>
Resolución 883 de 2018	<i>"Por la cual se establecen los parámetros y los valores límites máximos permisibles en los vertimientos puntuales a cuerpo de aguas marinas y se dictan otras disposiciones".</i>
Resolución 762 de 2022	<i>"Por la cual se reglamentan los límites máximos permisibles de emisión de contaminantes que deberán cumplir las fuentes móviles terrestres, se reglamentan los artículos 2.2.5.1.6.1, 2.2.5.1.8.2 y 2.2.5.1.8.3 del Decreto 1076 de 2015 y se adoptan otras disposiciones".</i>
Resolución 591 de 2024	<i>"Por la cual se adopta el Manual para la Gestión Integral de Residuos Generados en la Atención en Salud y otras Actividades".</i>
Resolución 0312 de 2019	<i>"Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST".</i>
Resolución 1890 de 2025	<i>"Por lo cual se reglamenta el procedimiento para el registro de incidentes y reporte de accidentes mayores".</i>

Fuente: Elaboración Equipo Auditor

3. ALCANCE DE LA AUDITORÍA

El alcance de la presente auditoría comprende la verificación y cumplimiento a las normas vigentes y procedimientos internos que regulan los componentes de propiedad planta y equipo, manejo de residuos peligrosos, identificación, clasificación, tratamiento y disposición final que pueden ser nocivos para la salud y el medio ambiente, conforme a las exigencias legales y sanitarias.

Para el desarrollo de los objetivos específicos propuestos, se determinó un enfoque de muestreo para cada procedimiento establecido, en donde se incluían contratos, y un plan de visitas a las áreas de patología y ciencias forenses en las sedes propias del Instituto y otras en comodato.

La estrategia de auditoría se basó en la aplicación de pruebas de controles que permitieran la confirmación de la información y de los procedimientos establecidos.

4. CONTRATACIÓN

El objetivo del Manual de Contratación es establecer las directrices y estándares en materia de contratación pública, el cual deberá aplicarse en el Instituto Nacional de

Medicina Legal y Ciencias Forenses para el proceso de adquisición de bienes, obras y servicios y de control de ejecución contractual de la Entidad, en desarrollo de los procedimientos y actividades de las diferentes etapas del proceso de gestión contractual; así como fijar pautas, criterios, y responsabilidades para el ejercicio de la vigilancia y control de los contratos electrónicos y convenios que suscriba la Entidad, con el fin de garantizar la eficiente y correcta ejecución de los recursos públicos.

Los contratos de funcionamiento del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses – INMLCF, se rigen por el régimen de derecho público, por lo tanto, la Entidad adoptó una política general para la celebración de sus contratos, es decir, se rigen mediante la Ley 80 de 1993 registrada dentro del Manual de Contratación de la Entidad, aplicable a los contratos de funcionamiento.

5. ATENCIÓN DE DENUNCIAS ASIGNADAS

En desarrollo de la Auditoría de Cumplimiento que se adelantó al Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses - INMLCF, se recibió el 25 de junio del 2025 una petición, mediante radicado 2025ER0008036, codificada con SIPAR como 2025-343400-82111-SE, en la cual se solicita revisar contratos de la vigencia 2022 al 2025.

6. LIMITACIONES DEL PROCESO

No se presentaron limitaciones que afectaran el alcance de la auditoría y el cronograma de entrega en APA.

7. RESULTADOS EVALUACIÓN CONTROL INTERNO

La evaluación del control fiscal interno fue aplicada en: procesos, actividades y operaciones adelantadas conforme al alcance de la auditoría y de conformidad con la metodología establecida por la CGR; esta evaluación, incluyó una valoración por componentes del control fiscal interno y una valoración del diseño y efectividad de los controles dispuestos por las Entidades para hacer frente a los riesgos inherentes a los procesos ya mencionados.

A continuación, se presenta el resultado obtenido:

Imagen 1. Resultados de la Evaluación de Control Interno

Resultados de la evaluación - Guía de auditoría de cumplimiento					
ATENCIÓN: Este archivo debe ser utilizado en versiones Excel 2007 o superiores.					
I. Evaluación del control interno institucional por componentes				Ítems evaluados	Puntaje
A. Ambiente de control				11	1
B. Evaluación del riesgo				7	1
C. Sistemas de información y comunicación				4	1
D. Procedimientos y actividades de control				2	1
E. Supervisión y monitoreo				2	1
Puntaje total por componentes				1	
Ponderación				10%	
Calificación total del control interno institucional por componentes				0,100	
				Adecuado	
Riesgo combinado promedio				MEDIO	
Riesgo de fraude promedio				MEDIO	
II. Evaluación del diseño y efectividad de controles		Ítems evaluados	Puntos	Calificación	Ponderación
A. Evaluación del diseño		5,000	7,000	1,400	20%
B. Evaluación de la efectividad		5,000	11,000	2,200	70%
				0,280	
				1,540	
Calificación total del diseño y efectividad				1,820	
				Parcialmente adecuado	
Calificación final del control interno				1,920	
				Con deficiencias	

Valores de referencia	
Rango	Calificación
De 1 a <1,5	Eficiente
De =>1,5 a <2	Con deficiencias
De =>2 a 3	Ineficiente

Fuente: CGR – Instructivo de Auditoría de Cumplimiento, Anexo 17: Evaluación del Sistema de Control Interno.

De acuerdo con los datos obtenidos de la evaluación realizada, el control interno del asunto auditado para esta Entidad presentó un rango final de 1,920, correspondiente a la calificación **CON DEFICIENCIAS**, como consecuencia de debilidades en los controles implementados, reflejados en:

- Almacenamiento y custodia de los elementos probatorios ya analizados y sin definir su disposición final
- Falta de control de los vencimientos del diseño inicial de las plantas de tratamiento de aguas residuales (PTAR).
- Deficiencias archivísticas en relación con la digitalización y disposición de la documentación, además de las condiciones físicas del espacio destinado para ello.
- Afluencia y demoras en el trámite para dar de baja a los bienes que se encuentran fuera de operación u obsoletos con el lleno de los requisitos.
- Debilidades relacionadas con la infraestructura de las sedes propias y en comodato.
- Equipos fuera de servicio sin ningún tipo de gestión.
- Debilidades en las cláusulas y condiciones de los contratos de comodato, en relación con la infraestructura y mantenimiento de las sedes.
- Alerta en relación con la construcción por fases de la nueva Sede de Cúcuta.

8. HECHOS RELEVANTES

Durante la presente auditoría de cumplimiento, se evidenciaron debilidades que impactaron de manera representativa el resultado de la auditoría.

En el desarrollo de la auditoría en comento, se realizaron visitas técnicas a las morgues de las sedes ubicadas en Cartagena, Pereira, Quibdó, Santa Marta, Sincelejo e Ibagué. Durante estos recorridos, se evidenciaron múltiples situaciones que afectan el adecuado funcionamiento de los procesos del Instituto, especialmente en lo relacionado con la gestión de elementos materiales probatorios (EMP) y las condiciones operativas de las áreas de patología.

Así mismo, es importante indicar que el seguimiento y control del diseño inicial de la PTAR ubicada en las instalaciones del instituto sede – Bogotá, resulta decisivo para verificar que la planta y/o sistema de aguas residuales funcione correctamente y de una manera efectiva y eficiente, ya que esta planta para el tratamiento de las aguas generadas por el área de patología fue diseñada para una capacidad de 1.8 l/s y al momento de la visita y según lo dicho por el funcionario encargado del funcionamiento de la PTAR, esta funciona en una capacidad de 1.5 l/s lo cual genera alertas ya que:

- a) Un posible aumento de casos podría generar un caudal mayor de la capacidad que tiene la planta y debido a esto la caracterización de las aguas que se disponen después del tratamiento no cumplan con las características mínimas para ser vertidas al alcantarillado de la ciudad.
- b) Que según las RAS 2000 (Reglamento Técnico del sector agua potable y Saneamiento Básico) emitida por el Ministerio de Desarrollo Económico las plantas de tratamiento de aguas residuales PTAR, son diseñadas para un periodo de diseño de 15 a 20 años, y según lo informado por el técnico encargado de la operación esta fue diseñada y puesta en funcionamiento en el año 2007, por tal motivo tanto su capacidad como periodo de diseño se está quedando obsoleto para el tratamiento de las aguas servidas.

Por los motivos anteriormente expuestos, es fundamental revisar los diseños iniciales de la PTAR con el fin de garantizar su adecuado funcionamiento.

En relación con las cláusulas relacionadas con la infraestructura y mantenimiento de las sedes recibidas en comodato por parte del Instituto, estas deben ser unificadas, de manera clara y puntual en cuanto a los responsables de cada parte, respecto al estado y uso del bien, lo que ayuda a prevenir altercados, protege los intereses de ambas partes y define el alcance de las obligaciones sobre el mantenimiento y las mejoras. Al especificar la descripción de la infraestructura, las condiciones de entrega, las obligaciones de mantenimiento y la finalidad del bien, se evita la confusión y se asegura que el comodatario use la propiedad según lo acordado y la devuelva en condiciones adecuadas.

Con relación al marco regulatorio de los archivos en Colombia y teniendo en cuenta las diferentes visitas realizadas a las sedes de Medicina Legal, se debe continuar con la implementación de actividades y gestiones para organizar, conservar, valorar

y difundir los documentos, asegurando su uso como prueba, memoria institucional y fuente para la historia y el control social, que para el caso del Instituto debe ser de implementación transversal en pro del cumplimiento de la misionalidad de la misma, adecuando los espacios suficientes y necesarios para su correcta tenencia.

El Instituto ha relegado los equipos destinados a la asignación de turnos —adquiridos con el propósito de gestionar y optimizar la atención al ciudadano, mediante el agendamiento eficiente, la disminución de filas y el control de aforo— a un uso simplemente informativo, argumentando un cambio metodológico que hace "*innecesario*" su uso; no obstante, el equipo auditor confirmó que esta acción ignora el objetivo original y la inversión pública realizada y consecuentemente el desaprovechamiento de este recurso tecnológico y recomienda considerar la reubicación inmediata de los equipos a otras sedes donde puedan ser utilizados conforme a su funcionalidad original, evitando así la alteración de su propósito inicial.

Finalmente, en relación con el contrato de obra No. PAF-ATMLCF-O-115-2024 suscrito en la Dirección Regional Nororiente – Sede Cúcuta, y cuyo objeto contractual consiste en la “Demolición, construcción y dotación, incluyendo la revisión, ajuste, actualización, complementación y apropiación de los diagnósticos para la ejecución de las obras de la Sede Medicina Legal Regional Nororiente – Cúcuta del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Fase I.”, la cual fue objeto de visita técnica, adelantada durante los días 18 y 19 de septiembre de 2025, donde se verificó el avance y ejecución de las actividades contratadas, evidenciándose que las mismas fueron desarrolladas conforme a los requerimientos establecidos, alcanzando el 100% de cumplimiento del objeto contractual.

No obstante, se precisa que las obras ejecutadas en el marco del citado contrato corresponden únicamente a la Fase I del proyecto, la cual contempla la construcción de la superestructura del edificio. En consecuencia, la edificación aún no se encuentra en condiciones funcionales para la prestación del servicio de patología, toda vez que se requiere la ejecución de fases complementarias para su culminación y puesta en operación integral, para lo cual esta Contraloría manifiesta tener presente la contratación continua de las demás fases del proyecto, toda vez que, los tiempos muertos entre fases podrían generar deterioros significativos en las obras realizadas bajo el contrato en mención, por abandono de las mismas.

9. CONCLUSIONES GENERALES Y CONCEPTO DE LA EVALUACIÓN REALIZADA

INCUMPLIMIENTO MATERIAL ADVERSO.

Como resultado de la auditoría de cumplimiento realizada al Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses – INMLCF, la Contraloría General de la República evaluó el cumplimiento de la normatividad del componente de bienes Muebles e Inmuebles (PROPIEDAD, PLANTA Y EQUIPO), Medio Ambiente,

Patología, Ciencias Forenses e Infraestructura, encontrando que, NO RESULTA CONFORME en todos los aspectos significativos, frente a los criterios aplicados; en consecuencia, se emite un concepto de INCUMPLIMIENTO MATERIAL ADVERSO.

Lo anterior, en razón a la materialidad cualitativa determinada para la auditoría de cumplimiento practicada al Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses – INMLCF, de las vigencias 2023 y 2024, donde la CGR determinó 57 hallazgos administrativos, de los cuales, 16 tienen alcance disciplinario. Así las cosas, se superó la materialidad en más de 18 veces con respecto al incumplimiento del marco normativo aplicado a los procesos internos, fuentes de criterios, como también se superó 2 veces al factor relacionado con el componente ambiental.

A continuación, se presentan los criterios de materialidad cualitativa que fueron tenidos en cuenta para la emisión del concepto:

Tabla 2. Criterios Materialidad Cualitativa

2. MATERIALIDAD CUALITATIVA		
Factor cualitativo	Justificación	
	Selección fase de planeación	Incidencia en la emisión de conclusiones y concepto del informe
Otros factores Cualitativos	Riesgo de incumplimiento normativo aplicado a los procesos internos en relación con el componente de propiedad, planta y equipo.	Se considera material el incumplimiento al marco normativo aplicado a los procesos internos, fuentes de criterios y entre otros, hasta en (3) hallazgos con incidencia disciplinario y/o un hallazgo con incidencia fiscal.
Otros factores Cualitativos	Riesgo de incumplimiento procedimientos aplicado a los procesos internos ambientales.	3 o más Hallazgos relacionados con el componente ambiental.

Fuente: Contraloría General de la República – Instructivo de Materialidad e Incidencia en el Concepto Final, Anexo 18, Auditoría de Cumplimiento (2022).

Con el fin de desarrollar los objetivos específicos, se procedió a realizar análisis documental, legal, y conceptual orientado a “Verificar y evaluar la gestión y acciones adelantadas para el cumplimiento de la misionalidad del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (normatividad vigente, requisitos legales y requisitos técnicos) relacionados con el componente de propiedad, planta y equipo; verificar y evaluar el cumplimiento de protocolos de bioseguridad, certificaciones y/o acreditaciones, permisos y procedimientos de tipo ambiental, además del manejo de residuos peligrosos y emisión de olores de los laboratorios y morgues, conforme a las exigencias legales y sanitarias y al atender las denuncias e insumos asignados en desarrollo de la auditoría”, que comprenden las vigencia 2023 y 2024, que soportan el proceso auditado y permitan confirmar el cumplimiento de las disposiciones legales y procedimientos internos de la Entidad.

Como resultado, se evidenciaron las siguientes situaciones:

Respecto al componente ambiental, se presentaron deficiencias en la señalización y demarcación de convenciones ambientales de diferentes zonas que lo requieren, así como el código de color de los puntos ecológicos de algunas sedes visitadas durante

la ejecución de la auditoría, además, es importante el control y seguimiento de los vencimientos de los diseños iniciales de las PTAR.

Adicionalmente, se evidenciaron debilidades en la coordinación con las autoridades competentes para la disposición final de los elementos materiales probatorios ya analizados y que se encuentran en custodia de Medicina Legal a la espera de ser entregadas. Así mismo, se encontró que falta la unificación de las cláusulas de los contratos de comodato que indiquen y establezcan las obligaciones y responsables de los mantenimientos, reparaciones e inversiones a la infraestructura donde funcionan las sedes del Instituto Nacional de Medicina Legal, conforme a las necesidades y deterioro por el uso propio del servicio y actividades transversales.

10. RELACIÓN DE HALLAZGOS

Como resultado de la presente auditoría, la Contraloría General de la República estableció un total de 57 hallazgos administrativos, de los cuales 16 tienen alcance disciplinario.

Tabla 3. Relación hallazgos Auditoría

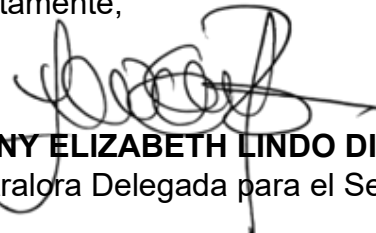
Total Hallazgos	Administrativo	Disciplinario	Fiscales	Valor Fiscales
57	57	16	0	0

11. PLAN DE MEJORAMIENTO

El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses– INMLCF debe elaborar un Plan de Mejoramiento con los hallazgos consignados en el presente informe, dentro de los (20) días hábiles siguientes al recibo de este, de conformidad con la Resolución 066 de 2024, Capítulo VI Artículo 42.

Para la habilitación en el Sistema de Rendición Electrónica de Cuentas e Informes - SIRECI, se solicita remitir copia del oficio de radicación del informe en la Entidad, al correo electrónico soportesireci@contraloria.gov.co.

Atentamente,



JENNY ELIZABETH LINDO DIAZ
Contralora Delegada para el Sector Justicia

Aprobó: Comité de Evaluación Sectorial – Acta 16 del 19 de noviembre 2025.
Revisó: Alberto Torres Gutiérrez, Director de Vigilancia Fiscal
Supervisó: Efraín Montejo Ángel, Coordinador de Gestión
Elaboró: Equipo Auditor

12. OBJETIVOS

A partir de los objetivos general y específicos que se enuncian a continuación, se establecieron los criterios de evaluación a atender en la auditoría de cumplimiento:

12.1. OBJETIVO GENERAL

Evaluar el cumplimiento de la normatividad del componente de bienes Muebles e Inmuebles (PROPIEDAD, PLANTA Y EQUIPO), Medio Ambiente, Patología, Ciencias Forenses e Infraestructura.

12.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Verificar y evaluar la gestión y acciones adelantadas para el cumplimiento de la misionalidad del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (normatividad vigente, requisitos legales y requisitos técnicos) relacionados con el componente de propiedad, planta y equipo.
2. Verificar y evaluar el cumplimiento de protocolos de bioseguridad, certificaciones y/o acreditaciones, permisos y procedimientos de tipo ambiental, además del manejo de residuos peligrosos y emisión de olores de los laboratorios y morgues, conforme a las exigencias legales y sanitarias.
3. Atender las denuncias e insumos asignados en desarrollo de la auditoría

13. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA

13.1. RESULTADOS GENERALES SOBRE EL ASUNTO O MATERIA AUDITADA

Como resultado de la auditoría de cumplimiento practicada al Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses – INMLCF, durante el periodo comprendido entre la vigencia 2023 y 2024, la Contraloría General de la República determinó 57 hallazgos administrativos, de los cuales, 16 tienen alcance disciplinario.

13.2. RESULTADOS DE SEGUIMIENTO A RESULTADOS DE AUDITORÍAS ANTERIORES

La Contraloría General de la República con los cambios en la metodología y el nuevo enfoque de control fiscal, practicó las siguientes auditorías:

- La CGR practicó auditoría de cumplimiento al Instituto Nacional De Medicina Legal y Ciencias Forenses durante la vigencia 2023, con el objetivo de *“Evaluar la ejecución de recursos en el manejo de laboratorios y morgues, y conceptuar sobre los recursos asignados para laboratorios y morgues”*.

- La CGR practicó auditoría financiera al Instituto Nacional De Medicina Legal y Ciencias Forenses Vigencia 2022, con el objetivo de *“Emitir opinión sobre la razonabilidad de los Estados Financieros y conceptuar sobre la gestión presupuestal de la vigencia 2022, en los macro procesos de Gestión Financiera y Contable y de Gestión Presupuestal, Contractual y del Gasto y conceptuar sobre el Fenecimiento o no de la cuenta.”* Conviene subrayar, que el último Informe de Auditoría Financiera, efectuada al INMLCF, dio como resultado el FENECIMIENTO de la cuenta fiscal vigencia 2022.
- Informe de auditoría financiera Instituto De Medicina Legal y Ciencias Forenses vigencia 2019, con el objeto de *“Emitir opinión sobre la razonabilidad de los Estados Financieros y conceptuar sobre la gestión presupuestal de la vigencia 2019, en los macro procesos de Gestión Financiera y Contable y de Gestión Presupuestal, Contractual y del Gasto y conceptuar sobre el Fenecimiento de la cuenta.”*
- Informe de auditoría gubernamental con enfoque integral Modalidad Regular Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses – INMLCF vigencia 2010 con el objeto de la *“evaluación de los principios de la gestión fiscal: eficiencia y eficacia con que administró los recursos puestos a su disposición y los resultados de su gestión en las áreas, actividades o procesos examinados, el examen del Balance General al 31 de Diciembre de 2010 y el Estado de Actividad Financiera, Económica y Social por el año terminado en esa fecha.”*
- Informe de auditoría Financiera vigencia 2015, en el que incluyó la *“comprobación de que las operaciones financieras, administrativas y económicas se realizaron conforme a las normas legales, estatutarias y de procedimiento aplicable.”*

13.3. CONTRATACIÓN

La operación contractual del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF), particularmente en lo referente a sus contratos de funcionamiento, se rige bajo el régimen de derecho público, adoptando la Ley 80 de 1993 y la Resolución 000454 del 30 de junio de 2021 por la cual se adoptó el Manual de Contratación. El manual busca establecer directrices y estándares para la adquisición de bienes y servicios. Para el presente ejercicio, se tomó un universo de 876 contratos correspondientes a vigencias 2022, 2023 y 2024 reportadas por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses

En consecuencia, en la etapa de planeación se seleccionó una muestra representativa de 64 contratos (equivalente al 56,93% del valor total contratado, \$114.780.738.648), determinada con base en criterios de mayor cuantía y localización geográfica; esta muestra fue abordada bajo una revisión que incluyó el

análisis detallado de cada una de las etapas contractuales y la verificación de la información y documentación registrada en el SECOP (Sistema Electrónico de Contratación Pública), evidenciando así el cumplimiento de los lineamientos legales aplicables.

13.4. ASPECTOS RELEVANTES COMPONENTE AMBIENTAL

Como resultado, se configuraron 6 hallazgos concernientes con el componente ambiental, de los cuales 5 presentan alcance disciplinario, debido a que puede causar riesgos ambientales y sanitarios.

En relación con este aspecto, durante la ejecución de la auditoría se observó que, en las diferentes sedes visitadas, algunos equipos tecnológicos se encuentran fuera de servicio y operación; indagando con los funcionarios que atendieron la diligencia, manifestaron que no es viable su reparación y llevan varios meses en espera de completitud de requisitos para ser dados de baja, como es el caso de aires acondicionados, neveras, computadores, entre otros; adicionalmente, tampoco han sido recogidos por las entidades especializadas en cumplimiento al tratamiento del RAEE.

De igual manera, se evidenciaron equipos, muebles y enseres pendientes para dar de baja, encontrándose estos a la intemperie y obstruyendo el paso normal del lugar, de igual forma se observaron otros bienes en pasillos y espacios administrativos de sedes visitadas durante el ejercicio auditor.

Por lo anteriormente mencionado, se puede generar riesgos ambientales y sanitarios, debido a que los bienes están ocupando espacios físicos por donde transitan las personas, lo que podría ocasionar riesgos y accidentes al personal que manipula los bienes eléctricos y electrónicos y a las gestiones tendientes a darlos de baja, situación que impacta la celeridad en los procesos y destinación final de los mismos.

Así mismo, se evidenciaron debilidades en la señalizaciones y convenciones ambientales y códigos de color en cumplimiento de la Resolución 284 del 2019 emitida por el Ministerio del Medio Ambiente.

13.5. RESULTADOS EN RELACIÓN CON EL OBJETIVO ESPECÍFICO No. 1

OBJETIVO ESPECÍFICO 1
Verificar y evaluar la gestión y acciones adelantadas para el cumplimiento de la misionalidad del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (normatividad vigente, requisitos legales y requisitos técnicos) relacionados con el componente de propiedad, planta y equipo.

13.5.1. Infraestructura, inventarios y archivo

Como resultado de la auditoría se detectaron 51 hallazgos de los cuales, 11 tienen alcance disciplinario representados a continuación:

1. Respecto a la normatividad y/o coordinación con las autoridades competentes, se identificó falencias en la formulación y estructuración de directrices interinstitucionales, que establezca lineamientos estándares y plazos establecidos para la disposición final de los elementos materiales probatorios ya analizados, como es el caso de los proyectiles, prendas y restos óseos.
2. En relación con el cumplimiento de las especificaciones técnicas de infraestructura y establecer obligaciones y responsabilidades de las partes en el caso de los contratos de comodatos, en razón a que, durante la ejecución se observó falta de mantenimiento e intervención a tiempo a las diferentes sedes del Instituto, tanto propias como en comodato, y en general una adecuación óptima para prestar los diferentes servicios que comprenden el portafolio de Medicina Legal.
3. En cuanto a la dotación de los laboratorios y morgues a nivel nacional, se determinó debilidades en el proceso para dar de baja los equipos que lo requieran y adelantar su disposición final, para así determinar las necesidades reales y adelantar las adquisiciones de equipos a que haya lugar. Así como la disposición de los residuos de aparatos eléctricos y electrónicos – RAEE, por su tratamiento especial y de los cuales se observaron en las diferentes sedes visitadas.

Hallazgo No.1. Rayos X en el área de patología de Sincelejo

COH_7046_2025-2-AU-CU: Rayos X en el área de patología de Sincelejo	
INCIDENCIAS:	
Administrativa ☒	Fiscal ☐
Disciplinaria ☒	Penal ☐
Beneficio de Auditoría ☐	
IP ☐	Otras incidencias ☐
¿Cuál?	
CRITERIOS:	
Fuente de Criterio	Criterio
Ley 09 de 1979	Artículos 108, 112, 150 - 151
Resolución 0482 de 2018	Artículos 5 – 6. 6.3- 6.4- 6.4.1-6.4.2
Decreto 2245 de 2015	Artículo. 2.2.1.11.1.2
Ley 1952 de 2019	Artículo 38 numeral 1, 5, 22 y 23. Artículo 39 numeral 1

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ:

No se observaron los soportes que acrediten la licencia y el cumplimiento de los requisitos para el funcionamiento del equipo de rayos X, de tipo portátil y adquirido desde el año 2023, que se encuentra para prestar el servicio de radiología en el área de patología de la sede en Sincelejo.

COMO:

En visita técnica realizada por la CGR a la Morgue del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Sincelejo el día 19 de agosto de 2025, donde se requirió la licencia para el uso del equipo de radiología, a lo cual la entidad manifestó la inexistencia del documento.

CAUSA:

Esta situación, se presenta por el desconocimiento de los lineamientos normativos y falta de controles por parte del Instituto para el servicio y manipulación de los equipos y espacios dispuestos para el ejercicio de su misionalidad.

EFECTO:

Así las cosas, la mencionada situación permite establecer el incumplimiento de los artículos 5 y 6 de la Resolución 0482 de 2018 emitida por el Ministerio de Salud y el incumplimiento de los principios para la prestación del servicio de salud descritos en el Art. 2.2.1.11.1.2 del Decreto 2245 de 2015; lo que genera riesgo en la salud del personal, calidad, oportunidad y garantía de la prestación del servicio de radiología, además de las sanciones que podrían ser impuestas por el Ministerio de Salud.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

En atención a la comunicación citada en el asunto, referente a las primeras observaciones de la auditoria de cumplimiento vigencia fiscal 2024, se procede a dar respuesta, los soportes se pueden consultar en el OneDrive.

*Rayos X en el área de patología de Sincelejo
Equipo para servicio de rayos X en la sede Sincelejo*

En la sede de Sincelejo de la Regional Norte se hace uso racional del equipo, este fue adquirido como herramienta de apoyo para el abordaje de casos complejos y restos óseos que requieren diagnóstico complementario. Debido a la frecuencia de uso, no se justifica la asignación permanente de personal experto, por lo cual se realiza comisión de servicios desde la ciudad de Barranquilla de un técnico en rayos X cuando es requerido. Esta estrategia permite una optimización de recursos, garantizando calidad y oportunidad del servicio, sin incurrir en mayores costos operativos.

El equipo está proyectado para operar una vez inicié el funcionamiento el laboratorio de Antropología Forense, el cual se encuentra dentro del alcance de las adecuaciones de infraestructura definidas en el Contrato No. 185-SG-2023.

En la actualidad la Dirección Regional Norte adelanta el proceso precontractual con objeto: “Servicio de Control de Calidad, Cálculo de Blindaje Estructural para las áreas de Radiología de la Dirección Regional Norte del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses”, el cual se encuentra en la etapa precontractual, con recursos disponibles con el número de solicitud de cotización 05-SC-DRNT-0036-2025, siendo esto un requisito previo para el licenciamiento definitivo, de acuerdo con el instructivo institucional.

Paralelamente, la Dirección Seccional Sucre se encuentra gestionando el trámite de licenciamiento con fines de investigación ante la Secretaría de Salud Departamental, de acuerdo con el tipo de uso, frecuencia y naturaleza del servicio prestado por el Instituto.

Si bien la observación señala un incumplimiento normativo de los artículos 5 y 6 de la Resolución 0482 de 2018 y el artículo 2.2.1.11.1.2 del Decreto 2245 de 2015, es importante precisar que la entidad ha implementado medidas de mitigación que garantizan que el uso del equipo se realiza bajo condiciones controladas, con personal capacitado y por demanda, sin

exposición permanente del personal, y bajo supervisión técnica, mientras se finalizan las gestiones contractuales y regulatorias con fines de investigación.

Por lo tanto, no se ha presentado retraso ni acumulación de casos en la sede Sincelejo por causa del uso eventual del equipo de rayos X.

El equipo fue adquirido para apoyar específicamente los casos complejos que lo requieran. En tal sentido, la frecuencia de uso ha sido esporádica ha contado con el soporte técnico adecuado mediante comisión de servicios, lo cual no ha impactado la oportunidad ni los tiempos de respuesta en la prestación del servicio forense. Los protocolos operativos vigentes permiten programar el uso del equipo con antelación, garantizando respuesta oportuna conforme a las necesidades de cada caso.

Por otro lado, no hay aumento de gasto ni afectación presupuestal por comisiones de servicio. La estrategia de comisionar personal técnico en radiología desde la sede regional ha resultado más eficiente y menos costosa que mantener un cargo de planta permanente para un servicio que no se utiliza de forma continua. Esta medida ha sido adoptada bajo los principios de racionalización del gasto público, cumpliendo con los lineamientos de austeridad y eficiencia administrativa.

Por lo anterior expuesto, no se configura el incumplimiento al numeral 1 del artículo 36 de la Ley 938 de 2004.

El numeral en mención establece como función del Director General:

“Organizar y controlar el funcionamiento de la entidad y ejercer su representación legal”.

En ese sentido, la decisión de implementar una modalidad operativa escalonada y controlada para el uso del equipo de rayos X, en lugar de una operación permanente, se enmarca en la organización técnica, funcional y presupuestal de la entidad. Dicha modalidad ha sido establecida con base en criterios técnicos, análisis de carga operativa, disponibilidad presupuestal y cumplimiento progresivo de los requisitos normativos.

Por tanto, no se trata de una omisión ni de un desorden funcional, sino de una medida planificada y alineada con la normativa institucional.

ANÁLISIS DE RESPUESTA:

Conforme a la respuesta otorgada por la entidad auditada, mediante la cual manifiesta las razones por las cuales es comisionado un funcionario desde la regional a Sincelejo para adelantar las actividades de toma de rayos X.

Así mismo, detalla las diferentes gestiones tendientes a la expedición de la licencia, la cual a la fecha no se ha obtenido, y al respecto la Entidad manifiesta que, *“El equipo está proyectado para operar una vez inicié el funcionamiento el laboratorio de Antropología Forense, el cual se encuentra dentro del alcance de las adecuaciones de infraestructura definidas en el Contrato No. 185-SG-2023”*; sin embargo, se observa que el equipo se adquirió desde el año 2023 y ni siquiera ha iniciado la obra del laboratorio y el equipo se encuentra en su caja con poco funcionamiento sin los permisos correspondientes

Así las cosas, no se desvirtúa lo señalado en la observación y las razones expuestas no son suficientes para justificar los motivos por los cuales no tienen la licencia necesaria para su funcionamiento.

Por consiguiente, esta observación se confirma como hallazgo, manteniendo la presunta connotación disciplinaria, debido al incumplimiento de funciones, al transgredir el Artículo 38 numeral 1 y 39 numeral 1 de la Ley 1952 de 2019.

Hallazgo No. 2. Espacios sin funcionamiento en Sincelejo

COH_7052_2025-2-AU-CU: Espacios sin funcionamiento en Sincelejo

INCIDENCIAS:

Administrativa ☒ Fiscal ☐ Disciplinaria ☐ Penal ☐ Beneficio de Auditoría ☐
 IP ☐ Otras incidencias ☐

¿Cuál?

CRITERIOS:

Fuente de Criterio	Criterio
Ley 09 de 1979	Artículos 108, 109, 112
Ley 938 de 2004	Artículos 35, 36 numerales 2 y 3.

SITUACIÓN DETECTADA:
QUÉ:

Existen espacios físicos sin utilizar, como es el caso del laboratorio de biología y consultorio y baño del área de clínica, los cuales se encontraban cerrados, así como algunos lugares que presenta hacinamiento de elementos inservibles; adicionalmente, existen elementos con riesgos de sufrir afectación por las obras anexas que se están efectuando.


COMO:

En visita técnica realizada a la sede de Sincelejo en el departamento de Sucre del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses los días 19 y 20 de agosto del año en curso, se confirmó que el laboratorio de biología no se encuentra en operación y se observó hacinamiento de elementos inservibles.

CAUSA:

Lo anterior, se presenta por falta de coordinación entre las diferentes dependencias con la Alta Dirección para la priorización de las necesidades reales que requiere el Instituto, además de debilidades en el manejo, custodia, condiciones y distribución de los espacios que tiene a disposición la Entidad.

EFFECTO:

Podría generar la suscripción de nuevos contratos innecesarios, ya que podrían ser atendidos con los espacios en desuso dispuestos, adicionalmente genera gastos adicionales de envío de muestras a la regional y el pago de un funcionario que labora fuera de la sede.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

La prestación del servicio del laboratorio de biología de Sincelejo no se ha visto afectada, teniendo en cuenta que mediante Oficio No. 00214-GNCIF-SSF-2025, la funcionaria anteriormente encargada del laboratorio se acogió a retiro por pensión, y la persona nombrada como reemplazo inició su periodo de entrenamiento institucional obligatorio en la sede Barranquilla, según el procedimiento DG-M-P-043 "Entrenamiento de funcionarios del Laboratorio de Biología Forense". Durante este periodo, el servicio fue cubierto en su totalidad desde el laboratorio de biología de Barranquilla, con coordinación efectiva entre ambas sedes y las autoridades solicitantes.

Es decir, en ese lapso de tiempo no se dejó de atender las solicitudes de las autoridades como clientes externos y de los servicios de patología y clínica como clientes internos, ni se generaron retrasos en la prestación del servicio, lo cual puede ser verificado mediante los registros operativos y evidencia documental del área.

El traslado temporal y entrenamiento de la funcionaria fue autorizado mediante Oficio No. 0049-DRNT-GRCIF-2025 y se realizó conforme a los protocolos institucionales. El entrenamiento fue culminado, y actualmente la funcionaria asignada se encuentra en ejercicio de sus funciones en el laboratorio de Sincelejo.

Es importante resaltar que, durante la visita de la Contraloría, no se solicitó el ingreso al espacio físico del laboratorio, por tanto, no puede concluirse falta de acceso o disponibilidad por parte de la sede.

Ahora bien, sobre la utilización del espacio y hacinamiento, se comunica que el espacio físico destinado para el laboratorio de biología durante este período no se ha visto afectado en su integridad ni infraestructura.

Los elementos inservibles descritos y observados en las fotografías no corresponden al área del laboratorio, corresponden a material (basura) en proceso de disposición final, el cual ya fue retirado conforme a los protocolos internos de residuos. Se anexa evidencia fotográfica.

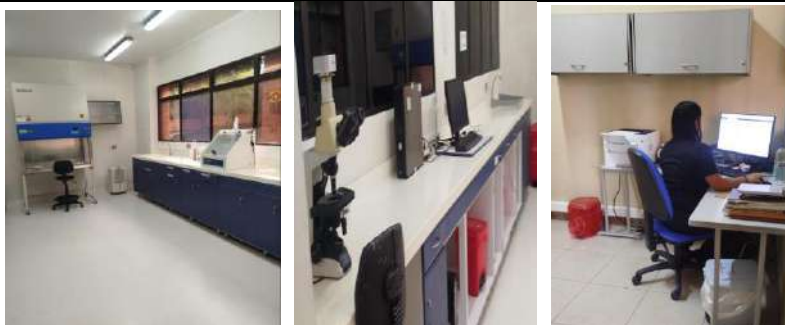
Es importante recalcar que, sobre los costos y gestión administrativa, la entidad no ha generado costos adicionales ni se ha comprometido el presupuesto institucional por esta situación. El desplazamiento temporal de la funcionaria a Barranquilla hace parte de su proceso de entrenamiento, no representa un gasto adicional por contratación externa ni genera duplicidad de funciones (Novedad administrativa por reubicación temporal).

La Institución actuó conforme a los procedimientos internos, tan pronto tuvo conocimiento del retiro del funcionario anterior por pensión. Como es propio en procesos administrativos del talento humano, existe un tiempo razonable entre la novedad, el nombramiento y el entrenamiento, que fue gestionado sin afectar la continuidad del servicio.

En ningún momento se ha considerado suscribir contratos innecesarios, ya que los espacios disponibles en la sede están siendo gestionados estratégicamente, conforme a las necesidades operativas actuales y futuras.

El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses ratifica que el servicio de biología fue garantizado mediante cobertura desde Barranquilla. La funcionaria responsable ya se encuentra laborando en Sincelejo y las actuaciones institucionales se han realizado conforme a los procedimientos internos y en coordinación con las autoridades competentes.

Se anexa evidencia fotográfica del laboratorio y de las áreas mencionadas. Visita



Las fotografías anexas a las observaciones no corresponden a áreas de los laboratorios

Visita

REVISAR



Actual



ANÁLISIS DE RESPUESTA:

En virtud de la respuesta manifestada por la entidad, se ajusta la observación en comentario en cuanto a la situación y actividades adelantadas con el laboratorio de biología y la funcionaria que lo atiende; sin embargo, se confirma el reproche descrito en cuanto a los espacios que no han sido utilizados ni reparados, a lo cual en la respuesta no hay manifestación alguna.

Por tanto, teniendo en cuenta lo expuesto por la entidad, se ajusta el título y texto de la observación y se valida como hallazgo administrativo, teniendo en cuenta que no fue desvirtuado en su totalidad.

Hallazgo No.3. Espacio para el archivo documental en la sede de Sincelejo

COH_7054_2025-2-AU-CU: Espacio para el archivo documental en la sede de Sincelejo

INCIDENCIAS:

 Administrativa ☒ Fiscal ☐ Disciplinaria ☐ Penal ☐ Beneficio de Auditoría ☐

 IP ☐ Otras incidencias ☐

¿Cuál?

CRITERIOS:

Fuente de Criterio	Criterio
Ley 09 de 1979	Artículos 108 y 109
Ley 87 de 1993	Artículo 2 literales b, d y f.
Ley 594 de 2000	Artículos 11 y 12.
Acuerdo 42 de 2002 Archivo General de la Nación	Artículo 3

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ:

Durante el recorrido realizado en la visita técnica, se observó el lugar que funciona como archivo y se evidenció que, las condiciones físicas no son las adecuadas para la custodia de los documentos y que, conforme a las normas archivísticas, se debe tener en cuenta las condiciones de preservación, control de los archivos y características climáticas de la zona, por temas de humedad y ventilación, en donde no se brinden las condiciones archivísticas apropiadas.



COMO:

Durante la visita técnica realizada a la sede de Medicina Legal ubicada en la ciudad de Sincelejo en el departamento de Sucre los días 19 y 20 de agosto del año en curso, se verificó que las carpetas se encuentran sin ventilación y sin ninguna protección.

CAUSA:

La situación descrita, se presenta por deficiencias en la custodia, preservación y control del archivo, por debilidades en la planeación y seguimiento por parte del responsable idóneo para dicha función y falencias en condiciones de accesibilidad, continuidad, pertinencia, seguridad y efectividad en el uso de los recursos y espacios físicos para tal fin; además de la aplicación adecuada de la normatividad archivística.

EFFECTO:

Esto genera que existan riesgos de pérdida o afectación de los expedientes por deterioro de estos, debido a la humedad de la zona, ya que las condiciones del espacio carecen de las medidas adecuadas para dicho propósito. De igual manera, genera un riesgo de eficiencia y oportunidad en la tenencia documental y posible desactualización en la información, propios de los procesos judiciales.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

El archivo de gestión de la sede de Sincelejo aplica el procedimiento institucional vigente para el manejo de archivos, DG-A-P-012 – “Gestión Documental”, el cual establece las condiciones mínimas de almacenamiento, control de ingreso, seguridad y disposición documental. Encontrándose actualmente organizado, aseado y con control de acceso, como fue evidenciado durante la visita y verificado por las planillas de ingreso físico disponibles en el sitio. De acuerdo con lo establecido por la Ley 594 de 2000 (Ley General de Archivos), el Acuerdo 042 de 2002 del Archivo General de la Nación, y la NTC 4095 sobre conservación documental.

El control de acceso físico se encuentra establecido, mediante puerta con cerradura exclusiva y registros de ingreso controlados mediante planillas de autorización, garantizando así la custodia y la trazabilidad del manejo documental.

Es importante resaltar que las condiciones ambientales de la situación señalada, ha sido priorizada por la entidad dentro del Plan de Mejoramiento institucional, específicamente dentro del alcance del Contrato No. 0185-SG-2023, el cual contempla la adecuación de infraestructura de la sede, incluyendo el área de archivo de gestión. Esta acción responde directamente al hallazgo No. 7 del Informe CGR 2024, y actualmente se encuentra en proceso de ejecución.

Se ha proyectado la intervención del área para mejorar las condiciones de temperatura, ventilación y humedad controlada.

Es importante precisar que, pese a las observaciones realizadas, no se ha puesto en riesgo la integridad, seguridad o disponibilidad de los documentos bajo custodia, ni se han reportado pérdidas, deterioro, ni inconsistencias documentales que comprometan la eficiencia o legalidad de los procesos judiciales y forenses a cargo del Instituto.

La gestión documental en la sede Sincelejo se encuentra enmarcada en la implementación del Sistema Integrado de Conservación Documental, en concordancia con la política de Gestión Documental de la Entidad.

Así mismo, se aclara que el archivo actualmente se encuentra en condiciones de orden, limpieza, custodia y control, conforme a los lineamientos normativos vigentes y lo observado en la visita.

Se anexa evidencia fotográfica y copia del Plan de Mejoramiento.


ANÁLISIS DE RESPUESTA:

Conforme a lo descrito por la entidad, se evidencia que la misma conserva una reglamentación interna que comprende los preceptos legales en materia de archivo documental y tenencia de ellos; sin embargo, es necesario que estas situaciones se continúen realizando y/o implementando de forma transversal en todas las sedes y cumplimiento por parte de los funcionarios a cargo de esta materia y conforme a las tablas de retención documental. A pesar de que el ente auditado indica que se encuentra ejecutando la acción del hallazgo 7 del informe CGR 2024, la situación se observó en la sede de Sincelejo.

Por tanto, teniendo en cuenta lo expuesto por el ente auditado, las razones no son suficientes para desvirtuar la observación y se valida como hallazgo con incidencia administrativa.

Hallazgo No.4. Cuarto frío de almacenamiento para cadáveres en Sincelejo.
COH_7055_2025-2-AU-CU: Cuarto frío de almacenamiento para cadáveres en Sincelejo.
INCIDENCIAS:

 Administrativa ☒ Fiscal ☐ Disciplinaria ☒ Penal ☐ Beneficio de Auditoría ☐

 IP ☐ Otras incidencias ☐

¿Cuál

CRITERIOS:

Fuente de Criterio	Criterio
Ley 09 de 1979	Artículo 112
Ley 938 2004	Artículo 36
Resolución 638 de 2009	Capítulo II artículo 6.
Ley 1952 de 2019	Artículo 38 Numerales 5, 22 y 23

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ:

El equipo auditor evidenció que, el cuarto frío de almacenamiento de cadáveres presenta afectaciones en su infraestructura (piso), como se puede evidenciar en la imagen a continuación, en donde la tableta que existía allí fue demolida y esta no se reemplazó, incumpliendo con la salubridad de este espacio.



COMO:

Durante la visita técnica realizada a las instalaciones de la sede de Medicina Legal y Ciencias Forenses ubicada en la ciudad de Sincelejo los días 19 y 20 de agosto del año en curso, se observó el cuarto frío deteriorado.

CAUSA:

Esta situación se produce por falta de coordinación entre el nivel central del Instituto y las diferentes Direcciones regionales, respecto a la atención de las necesidades que requieren los centros de patología, adicionalmente, se presentan deficiencia en la custodia y la planeación en el resarcimiento de los elementos indispensable para el debido funcionamiento.

EFFECTO:

Lo anterior, podría generar hacinamiento de cadáveres y que la capacidad se vea comprometida, malos olores y una mala conservación de los mismos.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

Las otras áreas de las fotografías se encuentran dentro del alcance del contrato 0185-SG-2023. Lo cual fue priorizado por la entidad, son evidencias del plan de mejoramiento que se encuentra gestionando la entidad para el hallazgo 7 del informe 2024.

El cuarto frío es adecuado para el volumen regular de casos en la UB Sincelejo, y está acorde con los procedimientos y con

el inventario actualizado diariamente, sin olores ofensivos y a la temperatura adecuada para la conservación de los cuerpos.

ANÁLISIS DE RESPUESTA:

Considerando la respuesta allegada por la entidad, la deficiencia del cuarto frío se presenta actualmente y a pesar de que indica que se encuentra contemplado con el contrato 0185-SG-2023 aún no se ha adelantado.

Por tal motivo, se mantiene el hallazgo en los mismos términos que fue comunicado.

Hallazgo No.5. Infraestructura de la sede de Sincelejo.

COH 7058 2025-2-AU-CU: Infraestructura de la sede de Sincelejo.

INCIDENCIAS:

Administrativa ☒ Fiscal ☐ Disciplinaria ☐ Penal ☐ Beneficio de Auditoría ☐

IP ☐ Otras incidencias ☐

¿Cuál

CRITERIOS:

Fuente de Criterio	Criterio
Ley 09 de 1979	Artículo 108 y 109.
Ley 938 de 2004	Artículo 36 Numeral 1. Artículo 40 Numeral 5.

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ:

Se identificó que, en las áreas del primer piso hay presencia de filtraciones de agua en paredes internas y externas, evidenciado con la inspección visual realizada a la infraestructura donde funciona el Instituto de Medicina Legal, corroborando deterioro en los cielos rasos, paredes y pisos, lo anterior debido a la humedad por permeabilidades en las áreas de la edificación; por otro lado, en una de las paredes del área de clínica se puede evidenciar una grieta diagonal, como consecuencia del deterioro general presente.





Así mismo, conforme a lo evidenciado en la visita realizada a la sede de Sincelejo del Instituto de Medicina Legal, se puede observar la falta de mantenimiento a la infraestructura existente.

COMO:

En visita técnica realizada a la sede de Sincelejo del Instituto de Medicina Legal en el departamento de Sucre, los días 19 y 20 de agosto de 2025, e inspección ocular a la infraestructura en general.

CAUSA:

Esta situación se presenta por debilidades en el seguimiento, coordinación y cuidado de los bienes a su cargo, así como, fallas en el mantenimiento, manejo de los espacios que tiene a disposición y en la custodia.

EFFECTO:

Al pasar de tiempo, se puede generar deficiencias en la infraestructura poniendo en riesgo la estabilidad de la misma, trayendo como consecuencia daños estructurales y posibles riesgos a la salud e integridad de los funcionarios por las malas adecuaciones eléctricas y de infraestructura.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

Referente al mantenimiento, adecuaciones y reparaciones de la infraestructura física del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, se realiza un diagnóstico de necesidades y se establece un plan de infraestructura para cada vigencia, producto de lo anterior, se suscribió el contrato interadministrativo N°185-SG-2023, con FINDETER, el cual tiene por objeto PRESTAR LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA TÉCNICA INTEGRAL Y ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS PARA EL DESARROLLO DE LOS PROYECTOS DE DEMOLICIÓN, CONSTRUCCIÓN, Y MANTENIMIENTO LOCATIVO QUE REQUIERA EL INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES. Al respecto, es importante mencionar que, dentro del alcance del contrato interadministrativo, se encuentra la ejecución de un proyecto que tiene como objetivo principal realizar el "Mantenimiento y Reparaciones Locativas de la Sedes Seccionales Sucre-Sincelejo y Casanare Yopal del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses", en lo que respecta a obra civil se proyectó: impermeabilización de cubiertas, mantenimiento e impermeabilización de fachadas de los bloques, resanes, pañetes, estucos y pinturas de las áreas internas, mantenimiento de puertas, ventanas y barandas metálicas, pruebas y

mantenimiento general de las redes hidrosanitarias, mantenimiento y reparación del piso epóxico del área de laboratorios y patología, reemplazo del cielo raso en PVC en el área de laboratorios y patología, reparación del piso del cuarto mortuario (frio) de la morgue (bloque de patología), mantenimiento y sellado de la ventanería, reemplazo de las puertas en madera de los consultorios de clínica forense, mantenimiento general de las mesas de necropsias y superficies de trabajo en acero inoxidable, reemplazo del enchape cerámico de muros y pisos en batería de baños, reemplazo de aparatos sanitarios en mal estado en batería de baños de patología, así mismo actividades de obra y dotación de mobiliario requerido para la adecuación del laboratorio de Antropología en el bloque de patología, así como mantenimientos y reparaciones en áreas exteriores y cerramiento de la sede.

Ahora bien, frente al componente electromecánico se incluyó la intervención de los bloques de clínica, administrativa, laboratorios, patología, cuartos técnicos y áreas exteriores; en lo que respecta al mantenimiento de los sistemas eléctricos, de iluminación interior y exterior, sistema de aire acondicionado y ventilación mecánica.

De lo anterior, se puede evidenciar que el Instituto tiene conocimiento del estado de la infraestructura de Sincelejo, por lo cual priorizó el mantenimiento y reparaciones locativas en la Seccional Sucre desde la vigencia 2023, durante la vigencia 2024, FINDETER presentó inconvenientes con la contratación derivada, lo cual generó retrasos en la ejecución de las obras. En la actualidad FINDETER a través de los contratistas derivados, se encuentra realizando la fase I de diagnóstico y apropiación. Es importante mencionar que la fase II de ejecución de la obra, está prevista para el día 16 de septiembre de 2025, con un plazo de ejecución de 4 meses.

ANÁLISIS DE RESPUESTA:

En la respuesta allegada por la Entidad, se indica que se suscribió el contrato interadministrativo N°185-SG-2023, con FINDETER y “dentro del alcance del contrato interadministrativo, se encuentra la ejecución de un proyecto que tiene como objetivo principal realizar el “Mantenimiento y Reparaciones Locativas de la Sedes Seccionales Sucre-Sincelejo y Casanare Yopal del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses”0253-SG-2022” el grupo auditor en su visita realizada encontró que no está siendo efectivo lo realizado por el Instituto y persisten las dificultades de infraestructura en general, a pesar de ser un contrato del año 2023.

Por tal motivo se confirma la observación como hallazgo y se mantiene la incidencia comunicada.

Hallazgo No.6. Laboratorio de Balística sede Cali

COH_7053_2025-2-AU-CU: Laboratorio de Balística sede Cali

INCIDENCIAS:

Administrativa ☒ Fiscal ☐ Disciplinaria ☐ Penal ☐ Beneficio de Auditoría ☐
IP ☐ Otras incidencias ☐

¿Cuál?

CRITERIOS:

Fuente de Criterio	Criterio
Ley 09 de 1979	Artículos 108, 109, 112
Decreto 284 de 2018	Artículo 2.2.7 A.1.1 y 2.2.7A.2.3 numerales 2 y 4.
Resolución 638 de 2009	Capítulo II numerales del 1-8.

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ:

Durante la visita realizada a las instalaciones de la regional Suroccidente - Cali del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF), se observó que, en el laboratorio de balística forense el microscopio de comparación balística identificado con placa de inventario No. 203849, no estaba en funcionamiento.

Al indagar sobre el elemento y revisar su hoja de vida, se encontró que tenía un concepto de baja desde el 15 de agosto de 2023.



COMO:

Mediante una inspección ocular del laboratorio de balística forense de la sede de Cali el día 20 de agosto del año en curso y a una revisión exhaustiva de la hoja de vida del microscopio de comparación balística identificado con placa de inventario N° 203849, se corroboró que el equipo no estaba en funcionamiento y presentaba concepto de baja desde el año 2023.

CAUSA:

Esta situación se presenta por la falta de actualización y/o bajas del inventario y la falta de comunicación y coordinación entre las áreas encargadas del Instituto.

EFEECTO:

Lo anterior, puede generar retrasos en los casos asignados a la sede y un impacto en la calidad y oportunidad de los servicios prestados por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, además de pérdida de tiempo, recursos, credibilidad y buen nombre.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

Con relación a esta observación, es necesario precisar que el equipo no ha sido dado de baja, en su defecto se realizó la desagregación del mismo, lo cual quedo documentado en los soportes que se generan del proceso. De acuerdo con la información entregada por la responsable del área, quien informa, que de los 725 informes en Balística emitidos desde 2025-01-01 a la fecha, 680 corresponden a análisis de descripción de proyectiles, en los cuales se ha usado el microscopio de comparación desagregado, con el fin de revisar las características de ese tipo de elementos materiales probatorios, de los cuales se encuentra la evidencia en el laboratorio. De esta forma se puede concluir que no hay afectación en la prestación del servicio.

De otra parte, el equipo como tal solo fue desagregado y los elementos periféricos fueron dados de baja (ver oficio anexo); el microscopio se encuentra en uso para el análisis de descripción de proyectiles de arma de fuego, de acuerdo con lo mencionado en el párrafo anterior y se abrió una nueva hoja de vida del equipo. Desde la Coordinación del Grupo Regional de Ciencias Forenses se solicitó el respectivo mantenimiento de acuerdo con el uso que se está dando y en respuesta del Grupo Nacional de Servicios Técnicos Especializados, nos indica que el equipo fue incluido en el soporte técnico que se brindará de acuerdo con programación a finales de septiembre, junto con los demás equipos del laboratorio de balística.

Adicionalmente, se informa que se ha solicitado la reposición de este equipo mediante gestión local con la Alcaldía y con la Subdirección de Servicios Forenses.

ANÁLISIS DE RESPUESTA:

De la revisión de la solicitud de Reposición de Microscopio de Comparación Balística de la Regional Suroccidente, con fecha del 29 de enero de 2025 y firmada por el director regional, se constató la siguiente situación:

1. En 2022, el Laboratorio de Balística atendió 92 solicitudes de cotejo balístico.
2. Durante 2023 y 2024, no se aceptaron solicitudes de este análisis debido a la falta del Microscopio de Comparación Balística, debiendo redirigirse los casos al Laboratorio de la Policía Nacional.
3. La prueba pericial de cotejo balístico estaba Acreditada por la ONAC, pero se solicitó su retiro voluntario por la baja del equipo existente y la imposibilidad de adquirir uno nuevo antes de la visita del ente acreditador en 2024.

La información anterior certifica lo observado por este equipo auditor, evidenciando una afectación en la prestación del servicio y en la acreditación. A pesar de que actualmente se están realizando gestiones ante la Subdirección de Servicios Forenses y la Alcaldía de Cali para

adquirir el microscopio y así retomar la difusión del portafolio, la continuidad del servicio de cotejo y la recuperación de la acreditación; la interrupción del servicio y la pérdida de la acreditación constituyen un incumplimiento.

Por tal motivo se confirma la observación y se configura como hallazgo.

Hallazgo No.7. Refrigeración para los equipos tecnológicos en Popayán

COH_7063_2025-2-AU-CU: Refrigeración para los equipos tecnológicos en Popayán

INCIDENCIAS:

Administrativa ☒ Fiscal ☐ Disciplinaria ☐ Penal ☐ Beneficio de Auditoría ☐
IP ☐ Otras incidencias ☐

Cuál?

CRITERIOS:

Fuente de Criterio	Criterio
Ley 09 de 1979	Artículo 112
Ley 938 2004	Artículo 36 Numerales 1 y 5.
Resolución 638 de 2009	Capítulo II artículo 6

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ:

Durante la visita a la sede de Popayán del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, se constató que el área de UPS no cuenta con un ambiente idóneo para su correcta operación y conservación, debido a la falta de temperatura controlada, humedad adecuada y aire limpio, en razón a que el aire acondicionado del lugar no se encuentra en funcionamiento.



COMO:

Durante la visita a la sede de Popayán del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses el día 21 de agosto de 2025, se realizó una inspección visual y técnica del área de servidores de cómputo, corroborando el ambiente donde se encuentran las UPS.

CAUSA:

Esta situación se presenta por la falta de asignación de recursos para mantenimiento y equipamiento adecuado, dando prioridad a otros gastos y desconocimiento o negligencia en la aplicación de normas y estándares de seguridad y gestión de tecnología.

EFFECTO:

Lo cual podría generar pérdida de información, toda vez que se trata de los equipos que almacenan la información digital, deterioro de los equipos por humedad, interrupción del servicio y sobrecostos de reparación y mantenimiento.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

El aire acondicionado presentó alteración en el funcionamiento y luego de revisión y verificación por parte del personal de mantenimiento de la Regional Suroccidente, se encontraron fallas en la tarjeta electrónica de mando, en el motor ventilador y el blower de la unidad evaporadora; se analiza la conveniencia de reparación concluyendo que es más favorable y efectivo reemplazar el equipo completo, por lo que se procederá en ese sentido y se adicionará el contrato No.029- DRSR-2025, que está en ejecución; se adjunta informe de mantenimiento, solicitud de adición por parte del supervisor y mediante oficio No. 0764-GRAF-2025, solicitud de asignación de recursos a la Subdirección de Servicios Forenses para adición.

Con el fin de prevenir cualquier daño adicional y garantizar la prestación del servicio, se instaló un aire acondicionado que supla las necesidades del área mientras se instala uno definitivo.

Es necesario aclarar que el Instituto si cuenta con los recursos para el mantenimiento de equipos de refrigeración y aire acondicionado, la situación corresponde a un evento reciente en trámite administrativo.

ANÁLISIS DE RESPUESTA:

Aun cuando el equipo auditor verificó la viabilidad de asignación de recursos mediante el Contrato N.º 0029-DRSR-2025 para satisfacer la necesidad observada a futuro, la entidad no allegó ningún soporte que garantice actualmente la temperatura adecuada en el cuarto técnico de la UPS.

La ausencia de esta documentación impide confirmar las medidas preventivas implementadas para evitar daños y asegurar el buen funcionamiento de los equipos.

Por lo anteriormente expuesto, y ante la falta de evidencia de la gestión actual, se confirma la observación y configura como hallazgo.

Hallazgo No.8. Aire acondicionado Consultorio Sexológico sede Tumaco

COH_7399_2025-2-AU-CU: Aire acondicionado Consultorio Sexológico sede Tumaco

INCIDENCIAS:

Administrativa ☒ Fiscal ☐ Disciplinaria ☒ Penal ☐ Beneficio de Auditoría ☐

IP ☐ Otras incidencias ☐

¿Cuál?

CRITERIOS:

Fuente de Criterio	Criterio
Ley 09 de 1979	Artículo 112
Ley 938 2004	Artículo 36 Numerales 1 y 5.
Resolución 638 de 2009	Capítulo II artículo 6
Ley 1952 de 2019	Artículo 38 numeral 1, 5, 22 y 23. Artículo 39 numeral 1

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ:

Durante el recorrido por la sede de Tumaco del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses y a lo indicado por las personas que atendieron la diligencia, se constató que, en el consultorio sexológico, el equipo de aire acondicionado que se encuentra allí no está en funcionamiento hace más de un mes, el cual fue instalado con el fin de generar una temperatura más adecuada en esta área, que la temperatura ambiente de la zona.



COMO:

En visita adelantada en la sede de Tumaco del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses el día 08 de septiembre de 2025, se realizó una inspección visual y técnica donde se pudo evidenciar que, en el área del consultorio sexológico, se encontraba un equipo de aire acondicionado fuera de funcionamiento.

CAUSA:

Esta situación se presenta por la falta de asignación de recursos para mantenimiento de los equipos que fueron instalados en la sede para bienestar tanto de los trabajadores como de los usuarios.

EFFECTO:

El mal funcionamiento del aire acondicionado en el consultorio médico, puede generar incomodidad tanto en el funcionario que desarrolla sus actividades profesionales en este espacio, como en el usuario o paciente que recibe atención. La falta de una temperatura o ambiente óptimo afecta el bienestar y la concentración del personal, lo que podría repercutir en la calidad del servicio prestado.

De igual forma, el usuario puede experimentar molestias, distracciones o incluso riesgos en su salud, especialmente si presenta condiciones médicas sensibles a ambientes calurosos o poco ventilados.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

El daño del aire acondicionado corresponde a un evento atendido adecuadamente por el personal de mantenimiento y no se evidencia omisión dado que se trata de un evento no previsto.

En razón a que el concepto técnico de la imposibilidad del arreglo del aire acondicionado, luego de intentar su reparación, es del 11 de julio de 2025, siendo posterior a la presentación de la necesidad de aires acondicionados para la Regional Suroccidente, el equipo no había sido incluido en el contrato inicial cuyo objeto es “adquirir e instalar a todo costo y en perfecto funcionamiento equipos de aire acondicionado, para el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses - Regional Suroccidente”, (contrato No. 0029-DRSR-2025).

De este tipo de equipos, por sus características, no se cuenta con existencias en almacén para ser instalado de forma inmediata, una vez alguno sale de servicio y por ello, para garantizar el reemplazo del aire, conforme se informó al equipo auditor en la visita, se adicionó el contrato No. 0029-DRSR-2025, el cual está en ejecución y por ende se instalará uno nuevo en dicho consultorio.

De la misma forma es pertinente hacer claridad que con lo mencionado, se evidencia que los recursos se han asignado y los mantenimientos programados se han realizado garantizando así evitar el riesgo patrimonial para el Instituto. Este equipo de aire acondicionado fuera de servicio no afecta el bienestar ni confort de funcionarios o de usuarios en la medida en la que hay otros consultorios con aire acondicionado funcional y la atención puede ser prestada en ellos de forma temporal mientras se da la instalación del nuevo.

ANÁLISIS DE RESPUESTA:

Conforme a la respuesta otorgada por Medicina Legal, se detalla la situación particular con el equipo aire acondicionado fuera de funcionamiento en el consultorio sexológico de la sede de Tumaco; al respecto, en la visita por parte del grupo auditor se observó que el bien en comento se encontraba sin operar y teniendo en cuenta lo expuesto por el ente auditado, a pesar de las gestiones adelantadas, estas no han sido suficientes ni efectivas para subsanar lo observado por la CGR ni se ha tomado acciones correctivas efectivas en relación con el reemplazo del bien, lo que no desvirtúa lo reprochado en la observación y las razones indicadas no son suficientes para justificar la inoperatividad de los equipos y el tiempo prolongado de espera de la reparación.

Por consiguiente, y según lo manifestado por la entidad en la respuesta presentada, esta

observación se confirma como hallazgo administrativo y se mantiene la incidencia disciplinaria.

Hallazgo No.9. Licencia equipo de Rayos X sede de Tumaco

COH 7401 2025-2-AU-CU: Licencia equipo de Rayos X sede de Tumaco

INCIDENCIAS:

Administrativa ☒ Fiscal ☐ Disciplinaria ☒ Penal ☐ Beneficio de Auditoría ☐

IP ☐ Otras incidencias ☐

¿Cuál?

CRITERIOS:

Fuente de Criterio	Criterio
Ley 09 de 1979	Artículos 108, 112, 150 - 151
Resolución 0482 de 2018	Artículos 5 – 6. 6.3- 6.4- 6.4.1-6.4.2
Decreto 2245 de 2015	Artículo. 2.2.1.11.1.2
Ley 1952 de 2019	Artículo 38 numeral 1, 5, 22 y 23. Artículo 39 numeral 1

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ:

No se observaron los soportes que acrediten la licencia y el cumplimiento de los requisitos para el funcionamiento del equipo de rayos X, de tipo portátil y adquirido desde el año 2023, que se encuentra para prestar el servicio de radiología en el área de patología de la sede en Tumaco.

COMO:

En visita técnica realizada por la CGR a la sede de Tumaco del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses los días 08 y 09 de septiembre de 2025, donde se requirió la licencia para el uso del equipo de radiología, a lo cual la entidad manifestó la inexistencia del documento, indicando que se encontraba en el trámite correspondiente.

CAUSA:

Esta situación, se presenta por el desconocimiento de los lineamientos normativos y falta de controles por parte del Instituto para el servicio y manipulación de los equipos dispuestos para el ejercicio de su misionalidad.

EFFECTO:

Así las cosas, la mencionada situación permite establecer el incumplimiento de los artículos 5 y 6 de la Resolución 0482 de 2018 emitida por el Ministerio de Salud; lo que genera riesgo en la salud del personal, calidad, oportunidad y garantía de la prestación del servicio de radiología, además de las sanciones que podrían ser impuestas por el Ministerio de Salud.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

El licenciamiento del equipo ya se encontraba en curso para el momento de la visita, por lo que no existe falta de controles o desconocimiento de la normatividad.

La Unidad Básica de Tumaco cuenta con un equipo de RX portátil entregado al Instituto por la Unidad de Búsqueda de Personas Desaparecidas (UBPD), cuyo uso es con fines de investigación forense y bajo este concepto se inició el trámite para el licenciamiento mediante Contrato 0031-DRSR-2025- cuyo objeto es “Prestar el servicio de control de calidad y cálculo del blindaje estructural del área de radiología de las salas de necropsias de la Regional Suroccidente del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses”, este inició el 09/09/2025 (como se anunció en la visita) y actualmente se encuentra en ejecución.

Es claro que, por la situación mencionada y dado que es un equipo que no tiene uso continuo, se dieron instrucciones de suspender la toma de RX hasta tanto se obtenga el licenciamiento con lo cual se eliminó cualquier riesgo para la salud del personal o de sanciones. Sea el momento de anotar que, para fines forenses, es importante mas no indispensable contar con toma de Rx durante los procedimientos rutinarios de patología forense en una sede como la Unidad Básica de Tumaco.

ANÁLISIS DE RESPUESTA:

Conforme a la respuesta otorgada por la entidad auditada, mediante la cual manifiesta las razones por las cuales a la fecha de la visita no se cuenta con la licencia del equipo de rayos X; al respecto, el ente indica que el bien fue entregado por la Unidad de Búsqueda de Personas y manifiesta en la respuesta que, “cuyo uso es con fines de investigación forense y bajo este concepto se inició el trámite para el licenciamiento mediante Contrato 0031-DRSR-2025- cuyo objeto es “Prestar el servicio de control de calidad y cálculo del blindaje estructural del área de radiología de las salas de necropsias de la Regional Suroccidente del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses”, este inició el 09/09/2025”; sin embargo, se observa que el equipo se adquirió desde el año 2023 y ha tenido funcionamiento, así sea con poca frecuencia y las gestiones para el licenciamiento inicio hasta hace algo más de un mes.

Así las cosas, no se desvirtúa lo reprochado en la observación y las razones expuestas no son suficientes para justificar los motivos por las cuales no tienen la licencia necesaria para su funcionamiento.

Por consiguiente, esta observación se confirma como hallazgo, manteniendo la presunta connotación disciplinaria, debido al incumplimiento de funciones, al transgredir el Artículo 38 numeral 1 y 39 numeral 1 de la Ley 1952 de 2019.

Hallazgo No.10. Archivo documental de patología y ciencia forense en Tumaco

COH_7402_2025-2-AU-CU: Archivo documental de patología y ciencia forense en Tumaco

INCIDENCIAS:

Administrativa ☒ Fiscal ☐ Disciplinaria ☐ Penal ☐ Beneficio de Auditoría ☐
 IP ☐ Otras incidencias ☐
 ¿Cuál?

CRITERIOS:

Fuente de Criterio	Criterio
Ley 09 de 1979	Artículos 108 y 109
Ley 87 de 1993	Artículo 2 literales b, d y f.
Ley 594 de 2000	Artículos 11 y 12
Acuerdo 42 de 2002 Archivo General de la Nación – AGN	Artículo 3.

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ:

Durante el recorrido en la visita técnica, se observó el lugar que funciona como archivo y se evidenció que, las condiciones físicas no son las adecuadas para la custodia de los documentos y que, conforme a las normas archivísticas, se debe tener en cuenta las condiciones de preservación, control de los archivos y características climáticas de la zona, por temas de humedad y ventilación, en donde se brinden las condiciones archivísticas apropiadas.

Así mismo, no se constató el registro consolidado, identificación de los grupos y digitalización de las carpetas y en relación con la foliación de las mismas, realizando una verificación aleatoria, se encontró que todos los documentos no están foliados en debida forma y no se tiene control de lo que esta y no esta foliado.



COMO:

En visita realizada a la sede de Tumaco del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses los días 08 y 09 de septiembre del presente año, durante el recorrido fue verificado por el grupo auditor, el archivo de gestión documental de las áreas de patología y ciencias forenses.

CAUSA:

La situación descrita, se presenta por deficiencias en la preservación y control del archivo, así como por debilidades en la planeación y seguimiento por parte del responsable idóneo para dicha función y falencias en condiciones de accesibilidad, continuidad, pertinencia, seguridad y efectividad en el uso de los recursos y espacios físicos para tal fin.

EFFECTO:

Esto genera que existan riesgos de pérdida, daño o afectación de los expedientes por deterioro de estos, debido a la humedad de la zona, ya que las condiciones del espacio carecen de las medidas adecuadas para dicho propósito. De igual manera, genera un riesgo de eficiencia y oportunidad en la tenencia documental y posible desactualización en la información, propios de los procesos judiciales.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

La Unidad Básica de Tumaco, realiza trabajos de selección, organización y transferencia al Archivo Central de los documentos que produce.

A través de la Subdirección Administrativa y Financiera, el Instituto definió las especificaciones técnicas de los equipos para controlar las condiciones ambientales (temperatura, humedad relativa, polvo, luminosidad) de las áreas donde funcionan los archivos documentales. Así mismo, desde esa Subdirección se emitirán las directrices para incluir en el Plan Anual de Adquisiciones, vigencia 2026, los recursos necesarios para la adquisición de los mencionados equipos e instrumentos de medición y control.

El Instituto tiene contemplado un proyecto de digitalización, establecido en el PINAR - Plan Institucional de Archivos, para los documentos, que acorde con las Tablas de Retención Documental, tienen como disposición final conservación o selección y muestreo para eliminar.

Las condiciones ambientales de ciudades como Tumaco resultan complejas para mantener un archivo, sin embargo, el Instituto las ha mitigado mediante la generación de espacios, instalación de aire acondicionado, adquisición de estanterías y unidades de conservación que cumplen los estándares institucionalmente definidos. El acceso a la información se

continuará garantizando en la medida en la que se siga dando aplicación a las normas y actividades de gestión documental; estas se vienen implementando y los documentos producidos por la Unidad Básica de Tumaco, tienen garantizada su conservación y preservación, en la medida que estos son organizados con propósitos de transferencia al Archivo Central, en la Dirección Regional Suroccidente en la ciudad de Cali, una vez tengan la organización requerida. De otra parte, para garantizar la continuidad del proceso que ya se mostró viene avanzando, uno de los Asistentes que realiza el proceso y fue capacitado para tal fin.

ANÁLISIS DE RESPUESTA:

Conforme a lo descrito por la entidad, se evidencia que el Instituto conserva una reglamentación interna que comprende los preceptos legales en materia de archivo documental y expone las diferentes gestiones que se han adelantado y las que se esperan realizar a futuro.

No obstante, es necesario que este procedimiento y acciones planteadas se logren implementar y se realicen de forma adecuada en todas las regionales, por parte de los funcionarios a cargo de esta materia y se minimice el riesgo de pérdida de documentos y una óptima tenencia y disposición de los documentos, conforme a las tablas de retención documental.

Por tanto, teniendo en cuenta lo expuesto por el ente auditado, las razones no son suficientes para desvirtuar la observación y se valida como hallazgo con connotación administrativa y se desestima la incidencia disciplinaria.

Hallazgo No.11. Registro de bienes nuevos en la sede de Tumaco

COH_7404_2025-2-AU-CU: Registro de bienes nuevos en la sede de Tumaco

INCIDENCIAS:

Administrativa ☒ Fiscal ☐ Disciplinaria ☐ Penal ☐ Beneficio de Auditoría ☐
 IP ☐ Otras incidencias ☐

¿Cuál?

CRITERIOS:

Fuente de Criterio	Criterio
Ley 09 de 1979	Artículos 108, 109 y 112.
Decreto 1068 de 2015	Artículo 2.9.1.2.12., Obligaciones de las entidades y de los usuarios del SIIF Nación
Resolución No.193 del 05 de mayo de 2016 de la CGN	3.2.14 Análisis, verificación y conciliación de información. 3.2.15 Depuración contable permanente y sostenible.
Régimen de Contabilidad Pública - Plan General de Contabilidad Pública, emitido por la Contaduría General de la Nación	Título II, Numeral 8 8. PRINCIPIOS DE CONTABILIDAD PÚBLICA

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ:

El equipo auditor evidenció durante la visita realizada, varios bienes pendientes para ingresar al sistema SIAF (Sistema de información administrativa y financiera) y sin placa de inventarios, para lo cual se adelantó la inspección física con el documento anexo de la propuesta económica del mobiliario correspondiente al contrato No. 0036 de 2024, encontrándose físicamente a cargo del Instituto, pero sin la entrega oficial de los mismos, detallados así:

15	MOBILIARIO				23.880.518,00
15.1	Suministro de cajonera metálica en acero Coll Roll cal. 18, dimensiones 48 cm de frente, 48 cm de fondo y 70 cm de altura, dos (2) gavetas y un (1) cajón archivador correderas extensibles full extensión y con capacidad de carga 80 lb y tope, incluye cerradura frontal que permita asegurar todas las gavetas mediante sistema de trampa (con mínimo dos llaves), con cuatro (4) niveladores regulables y acabado en pintura electrostática color a escoger.	UN	10,00	618.062,00	6.180.620,00
15.2	Suministro e instalación de apoyos a piso (patas) metálicos para superficies de trabajo de 0,60 m de ancho fabricados en tubería tubular cuadrada de 2" en "O", niveladores regulables, acabado en pintura electrostática	UN	20,00	158.134,00	3.162.680,00
15.3	Suministro e instalación de mueble bajo cocina 1,80 m x 0,89 alto x 0,50 profundidad, 4 puertas, 3 cajones resistente a la humedad.	UN	2,00	989.618,00	1.939.236,00
15.4	Suministro e instalación de meson en granito natural blanco cristal de 1,80 x 0,55 de 0,02 m de espesor. Salpicadero de 0,10m. Incluye perforación en caso de requerirse.	UN	2,00	1.272.415,00	2.544.830,00
15.5	Suministro e instalación de poceta en acero inoxidable.	UN	1,00	252.540,00	252.540,00
15.6	Suministro e instalación mesa rectangular en polipropileno con niveladores y tacones antideslizantes 1,53x0,74x0,73	UN	2,00	265.566,00	531.132,00
15.7	Suministro silla sin brazos en Polipropileno con refuerzo en fibra de vidrio y filtro UV color a escoger por el Instituto	UN	20,00	463.474,00	9.269.480,00

Por tratarse de bienes devolutivos que se encuentran al servicio de la entidad, sin importar su valor, se deben controlar y deben ser ingresados al almacén y asignar placa correspondiente. De igual manera, durante la toma física se encontraron otros bienes, como escritorios que se encuentran al servicio, pero tampoco tienen placa y fueron adquiridos con otro contrato en la vigencia 2023.



Los bienes relacionados se encuentran físicamente en diferentes espacios de la sede y al servicio, pero sin legalizar su entrega por parte del contratista y sin estar registrados en el sistema SIAF ni debidamente valorizados, encontrándose la información financiera desactualizada.

COMO:

Durante la visita técnica realizada a la sede de Tumaco de Medicina Legal ubicada en la ciudad de Tumaco los días 08 y 09 de septiembre del año en curso, conforme al recorrido realizado por el equipo auditor a las instalaciones de la mencionada sede y al cotejo físico de los bienes relacionados en el anexo del contrato 0036 de 2024.

CAUSA:

Esta situación se presenta, por falta de controles y aplicabilidad de los procedimientos administrativos internos tendientes al ingreso de los bienes nuevos; así mismo, por el incumplimiento de las Políticas Contables adoptadas por la Entidad y de gestión obligatoria, además de deficiencias en el control interno, control interno contable, toma física de inventarios y en las conciliaciones correspondientes.

EFEECTO:

Presenta desconfianza frente a la razonabilidad de la cuenta de Propiedad, Planta y Equipo al encontrarse bienes sin ingresar al inventario del ente auditado, incumpliendo lo estipulado en los principios de contabilidad, en relación con el principio de devengo o causación (...). *Los hechos financieros, económicos, sociales y ambientales deben reconocerse en el momento en que sucedan* (...)", así como su debido registro, presentación y revelación en los estados financieros de acuerdo con el marco normativo aplicable establecido por la Contaduría General de la Nación. De igual manera, la cuenta no refleja la realidad económica ni estado real del inventario en los estados financieros y fallas de control interno.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

Mediante contrato No. 0036-DRSR-2024, se hizo reposición de algunos bienes muebles que por sus características y el medio ambiente presentaron un muy alto deterioro. Por la fecha de finalización del contrato, informe del supervisor y demás aspectos contractuales y administrativos, a la fecha de la visita no se había terminado el trámite de ingreso en el SIAF, el cual, ya se surtió. Actualmente, se cuenta con el ingreso a almacén y registro en SIAF en el inventario.

Es claro que en este momento no hay riesgo frente a la razonabilidad de la cuenta de Propiedad, Planta y Equipo, ya que fue una situación transitoria porque con el ingreso de los bienes al inventario se cumple con los principios contables y permite reflejar la realidad económica y el estado real del inventario en los estados financieros del Instituto.

ANÁLISIS DE RESPUESTA:

Conforme a la respuesta otorgada por el Instituto, la entidad aclara y allega el acta de recibo a satisfacción de los bienes de fecha 23 de mayo de 2025 y el ingreso de los mismos al almacén general de fecha 20 de octubre de 2025, de lo cual se puede observar un lapso de tiempo durante el cual se tenían los bienes al servicio sin ser ingresados al SIAF pero si recibidos mediante acta y físicamente.

Así mismo, no se obtuvo comentario sobre los demás bienes que se encontraron en la misma situación ni se evidencian las placas que fueron asignadas a los muebles, razones por las cuales no son suficientes para justificar el objeto de reproche.

Así las cosas, esta observación se confirma como hallazgo con las incidencias como fueron comunicadas.

Hallazgo No.12. Hojas de vida de los equipos en la sede de Tumaco.

COH 7405 2025-2-AU-CU: Hojas de vida de los equipos en la sede de Tumaco.

INCIDENCIAS:

Administrativa ☒ Fiscal ☐ Disciplinaria ☐ Penal ☐ Beneficio de Auditoría ☐
IP ☐ Otras incidencias ☐

¿Cuál?

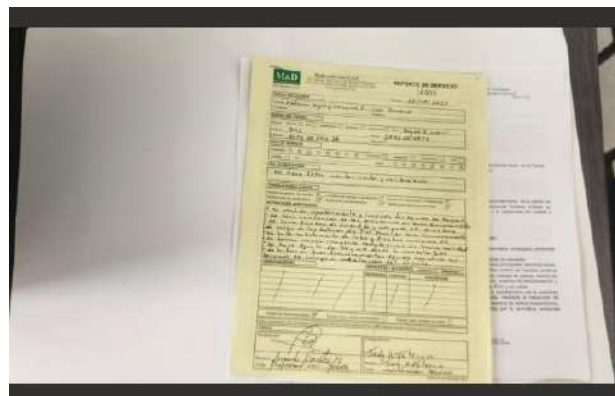
CRITERIOS:

Fuente de Criterio	Criterio
Ley 09 de 1979	Artículos 108, 109 y 112.
Ley 594 de 2000	Artículo 4
Manual del Sistema Integrado de Gestión	Numeral 16 - Control de dispositivos de seguimiento

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ:

El equipo auditor durante la visita realizada a la sede de Tumaco del INMLYCF y de acuerdo con la información recopilada, evidenció que no se encontraron disponibles las hojas de vida de los equipos, como es el caso del equipo de Rayos X, del cual solo se pudo evidenciar el documento del último mantenimiento realizado en el mes de agosto del año en curso.



La ausencia de esta documentación no permite tener el detalle respecto a la identificación, mantenimiento, historial y rendimiento de los equipos para facilitar su operación, tenencia, control y seguimiento de los activos de la entidad.

COMO:

Durante la visita técnica realizada a la sede de Tumaco de Medicina Legal ubicada en la ciudad de Tumaco los días 08 y 09 de septiembre del año en curso, conforme al recorrido realizado por el equipo auditor a las instalaciones de la mencionada sede y a la verificación física de los documentos.

CAUSA:

Esta situación se presenta, por falta de controles y aplicabilidad de los procedimientos administrativos internos tendientes a la tenencia y gestión de los bienes del Instituto; así mismo por el incumplimiento de las Políticas Internas adoptadas por la Entidad y de gestión obligatoria, además de deficiencias en el control interno, descuido o problemas en las actividades de gestión documental.

EFEECTO:

Lo observado, podría generar dificultad para el seguimiento y trazabilidad de los diferentes equipos, además de riesgos de pérdida o deterioro de los mismos y limita la capacidad de la entidad para razonar su inversión y mantenimiento ante los órganos de control.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

Dado que al momento de la visita el custodio de la hoja de vida del equipo de RX de la Unidad Básica de Tumaco, se encontraba en vacaciones, se asignó a un servidor que no pudo atender adecuadamente el requerimiento y como evidencia la documentación completa, sin que por ello se pueda considerar que no se cuenta con este soporte. Se adjunta evidencia.

ANÁLISIS DE RESPUESTA:

Teniendo en cuenta lo indicado por el Instituto y los soportes allegados para sustentar la situación reprochada por la CGR en esta observación, no es justificación la ausencia del funcionario encargado para el control y seguimiento de la información de cada uno de los equipos, toda vez que la misma debe encontrarse al alcance y consulta en la entidad de ser requerido algún tipo de información de los mismos, teniendo en cuenta que tomas de decisiones pueden ser basadas en este tipo de documentos, como los es: información general de adquisición, control de vida útil y mantenimientos, entre otros; situación que ocurrió al momento de la visita, que no fue aportada ni digital ni físicamente.

Así las cosas, y con el fin de subsanar dicha situación, el equipo auditor considera que las razones indicadas no son suficientes para desvirtuar la observación, constituyéndose como hallazgo y manteniendo la incidencia como fue comunicada.

Hallazgo No.13. Licencia equipo de Rayos X sede de Cúcuta

COH 7407_2025-2-AU-CU: Licencia equipo de Rayos X sede de Cúcuta

INCIDENCIAS:

Administrativa ☒ Fiscal ☐ Disciplinaria ☐ Penal ☐ Beneficio de Auditoría ☐
IP ☐ Otras incidencias ☐

¿Cuál?

CRITERIOS:

Fuente de Criterio	Criterio
Ley 09 de 1979	Artículos 108, 112, 150 – 151
Resolución 0482 de 2018	Artículos 5 – 6. 6.3- 6.4- 6.4.1-6.4.2

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ:

Conforme a la visita a la Morgue ubicada en el cementerio central de Cúcuta y a lo manifestado por el personal que atendió la diligencia, la licencia y el cumplimiento de los requisitos para el funcionamiento del equipo de rayos X, de tipo portátil, adquirido en el año 2024 y recibido y puesto en funcionamiento en el mes de enero del 2025, se encuentra en trámite sin haber obtenido respuesta a la fecha.



COMO:

En visita técnica realizada por la CGR a la sede de Cúcuta del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses los días 18 y 19 de septiembre de 2025, durante la cual se solicitó la licencia para el uso del equipo de radiología, indicando la entidad que a la fecha se encuentra en trámite.

CAUSA:

Esta situación, se presenta por el desconocimiento de los lineamientos normativos y falta de controles por parte del Instituto para el servicio y manipulación de los equipos dispuestos para el ejercicio de su misionalidad.

EFECTO:

Así las cosas, la mencionada situación permite establecer el incumplimiento de los artículos 5 y 6 de la Resolución 0482 de 2018 emitida por el Ministerio de Salud; lo que genera riesgo en la salud del personal, calidad, oportunidad y garantía de la prestación del servicio de radiología, además de las sanciones que podrían ser impuestas por el Ministerio de Salud.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

Es importante precisar que el equipo en referencia no fue recibido en el año 2024, ni se encuentra en comodato, el mismo fue adquirido en compra que realizó el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, a través de contrato No.139 -SG-2024 con objeto: Adquisición de equipos de rayos X portátiles para el servicio de Antropología del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses”, y fue recibido físicamente en Cúcuta el día 15 de enero de 2025, el cual acorde con el cronograma del contrato, el 23 de enero culminó su instalación y con fecha 10 de febrero de 2025 inició el trámite de licenciamiento del equipo en cumplimiento de lo dispuesto en la Resolución 0482 de 2018 emitida por el Ministerio de Salud.

Situación que de entrada descarta “el desconocimiento de los lineamientos normativos y falta de controles por parte del Instituto para el servicio y manipulación de los equipos dispuestos para el ejercicio de su misionalidad”.

Vale decir, lo primero que se hizo al recibir el equipo fue dar curso al trámite contractual para obtener los estudios técnicos necesarios a efecto de gestionar el licenciamiento para el uso del equipo, por esa razón se solicitó a la asignación de recursos el 10 de febrero de 2025, es decir 11 días luego de recibido; recursos que fueron autorizados mediante el Certificado de Disponibilidad Presupuestal número 57325 del 4 de marzo de 2025, habiéndose suscrito el respectivo contrato N° 0003 DRNR el 24 de marzo de 2025.cuyo objeto es: “Contratar el servicio de control de calidad y radiometría ambiental junto con el cálculo de blindaje estructural para el área de radiología de las salas de necropsias en las sedes de, Cúcuta ... del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses - Regional Nororiente”

Ahora bien, para efecto de adelantar el trámite técnico, en cumplimiento del mandato del Ministerio de salud, (Resolución 0482/2018), es indispensable que los equipos se encuentren en optimo funcionamiento, y el referido equipo presentó fallos, situación que legalmente obligaba de una parte a exigir al contratista vendedor del equipo que las subsanara y de otra a suspender el contrato cuyo objeto eran los análisis técnicos requeridos para el trámite de licenciamiento del mismo.

Actuaciones que se encuentran respaldadas en los oficios y correos remitidos al contratista vendedor del equipo y la correspondiente suspensión del contrato 003 DRNR-2025

Ahora bien, la puesta en optimo funcionamiento del equipo de rayos x de la seccional Cúcuta, aconteció en agosto de 2025, circunstancia que permitió reiniciar el contrato para los análisis técnicos mencionados ut supra que había sido suspendido, concediendo el plazo correspondiente.

Consecuente con lo expresado y habiendo adelantado todas las gestiones necesarias para que el equipo de rayos X estuviera puesto en funcionamiento y reiniciado el contrato con fines de obtener los análisis técnicos necesarios para el licenciamiento, tal como se expresó en precedencia, el trámite se cursó.

Lo anterior descarta cualquier omisión o falta de diligencia por parte del Instituto, en el cumplimiento de los mandatos legales, para obtener el licenciamiento del equipo de Rayos X ubicado en la Ciudad de Cúcuta, descartando su uso y cualquier riesgo en la salud del personal, cumpliendo de esta manera con el deber funcional exigible.

Adicionalmente, resulta necesario destacar que los estudios técnicos contratados y necesarios para obtener el respectivo licenciamiento recibidos del contratista SET Y GAD S.A.S. contrato 003- DRNR-2025, el 16 de septiembre, conforme a la visita a la morgue en Cúcuta realizada por el contratista el 3 del mismo mes y año, previo a la auditoría de la CGR, documentos que fueron radicados ante la Secretaría de Salud Departamental de Norte de Santander el pasado 24 de septiembre hogaño, contienen la siguiente conclusión:

"Con base en los resultados de la visita del estudio ambiental en el equipo RX PORTÁTIL ubicado en Avenida 17N°17-35 Barrio El Contento, CÚCUTA NORTE DE SANTANDER, que pertenece al) INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES, SECCIONAL NORTE DE SANTANDER, CÚCUTA se puede garantizar que el Área circundante al mismo, satisface los requerimientos de los niveles de dosis permitidos para la exposición de los trabajadores ocupacionalmente expuestos y miembros del público."

...

"Con base a los resultados obtenidos durante la evaluación de los blindajes se concluye que los factores de transmisión determinados en la visita del día 03 DE SEPTIEMBRE en la (sic) INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES, sede SECCIONAL NORTE DE SANTANDER, CÚCUTA ubicada en Avenida 17 N°17-35 Barrio El Contento, CÚCUTA-NORTE DE SANTANDER, son adecuados y suficientes para asegurar el cumplimiento de la restricción de dosis y la protección radiológica de los trabajadores ocupacionalmente expuestos y público."

"9. CERTIFICACIÓN

Con base a los resultados de la visita de evaluación de control de calidad del equipo de rayos X portátil, se puede atestiguar que las instalaciones de el/la:

INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES SECCIONAL NORTE DE SANTANDER, CÚCUTA ubicado/a en la Avenida 17 N°17-35 Barrio El Contento CÚCUTA - NORTE DE SANTANDER Satisfacen todos los requerimientos en cuanto a la calidad de la imagen, dosis de radiación que reciben los pacientes, se encuentra en óptimas condiciones de Seguridad y Protección Radiológica y por lo tanto el equipo está apto para su uso.

Se emite Concepto Técnico Favorable el día 16 del mes 9 del año 2025

Para que se otorgue la correspondiente Licencia de Práctica Médica por parte de la Secretaría de Salud para el equipo:

(...)" Se adjuntan evidencias.

ANÁLISIS DE RESPUESTA:

Conforme a la respuesta otorgada por la entidad auditada, mediante la cual manifiesta las razones por las cuales a la fecha no se ha logrado el licenciamiento del equipo de rayos X y detalla las gestiones adelantadas por la sede para la certificación; al respecto, la entidad indica que, "Consecuente con lo expresado y habiendo adelantado todas las gestiones necesarias para que el equipo de rayos X estuviera puesto en funcionamiento y reiniciado el contrato con fines de obtener los análisis técnicos necesarios para el licenciamiento, tal como se expresó en precedencia, el trámite se cursó"; sin embargo, se observa que el equipo se adquirió desde el mes de enero del año en curso y las acciones no han sido suficientes para obtener la licencia en comento y siendo un equipo nuevo presentó fallas que demoraron meses.

Así las cosas, no se desvirtúa lo reprochado en la observación y las razones expuestas no son suficientes para justificar los motivos por los cuales no tienen la licencia necesaria para su funcionamiento, confirmándose como hallazgo con connotación administrativa y se desestima la incidencia disciplinaria, además de ajustar el texto del mismo.

Hallazgo No.14. Equipo medidor de velocidad del proyectil sede de Cúcuta

COH_7410_2025-2-AU-CU: Equipo medidor de velocidad del proyectil sede de Cúcuta

INCIDENCIAS:

Administrativa ☒ Fiscal ☐ Disciplinaria ☒ Penal ☐ Beneficio de Auditoría ☐
 IP ☐ Otras incidencias ☐

¿Cuál?

CRITERIOS:

Fuente de Criterio	Criterio
Ley 09 de 1979	Artículos 108, 112, 150 - 151
Ley 938 de 2004	Artículo 36 Numerales 1 y 5
Ley 1952 de 2019	Artículo 38 numeral 1, 5, 22 y 23. Artículo 39 numeral 1

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ:

Conforme a la visita a la sede de Cúcuta del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses y a lo manifestado por el personal que atendió la diligencia, se observó un equipo de medidor de velocidad del proyectil que no ha sido utilizado debido a que no se cuenta con el espacio apropiado para ello, asimismo, se encuentra en consideración para iniciar procedimiento para la baja por obsolescencia.



Al respecto, fue allegada al equipo auditor la Resolución No. 131 del 20 de abril de 2021, en donde el director de la Seccional Norte de Santander autoriza dar de baja los bienes en estado de obsolescencia y deterioro, entre los cuales se encuentra el equipo en mención identificado con la placa 404303, con la cual se autoriza elaborar los registros correspondientes y la destrucción conforme a las disposiciones normativas, lo cual no se ha realizado a la fecha.

COMO:

En visita técnica realizada por la CGR a la sede de Cúcuta del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses los días 18 y 19 de septiembre de 2025, durante la cual se encontró el equipo medidor de velocidad de proyectil, sin dar cumplimiento a la resolución interna de baja.

CAUSA:

Esta situación, se presenta por el desconocimiento de los lineamientos normativos y falta de controles por parte del Instituto para prestar los diferentes servicios, manipulación de los equipos dispuestos para el ejercicio de su misionalidad y para la baja de los bienes en estado de obsolescencia.

EFECTO:

El incumplimiento a las resoluciones internas del instituto, tenencia de equipos que se encuentran fuera del inventario y demora en la disposición final de los bienes dados de baja, ante la falta de oportunidad en las disposiciones que resuelve dichos actos administrativos.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

Sobre la identificación del equipo: En visita técnica se señaló el equipo con placa 404390 como presuntamente no utilizado ni dado de baja. Sin embargo, de la revisión de la Resolución 131 del 20 de abril 2021 y de los inventarios oficiales, se verificó que el número de la placa 404390 no corresponde al medidor de velocidad de proyectiles, sino a otro bien que ya fue objeto de disposición final.

Documentación de baja y disposición El bien con placa 404390 fue dado de baja y retirado del inventario institucional conforme a la normatividad, situación que consta en el acta de baja y de disposición.

Sobre el equipo identificado como medidor de proyectiles: El equipo efectivamente corresponde a la descripción con placa 404303, se encuentra igualmente en estado de baja, asimismo en su momento este bien salió de inventarios, como se puede apreciar en el documento denominado "historia del elemento por fecha" (anexo), en apartes de aquel se observa "266 TIPO DE COMPROBANTE : SD FECHA COMPROBANTE : 2021/04/26", es decir desde el 26 de abril de 2021 el mencionado elemento salió de inventarios y por tanto NO hace parte de los estados financieros de la entidad desde la vigencia 2021. Señalando así, que se dio cumplimiento a elaborar los registros correspondientes atinentes a inventarios. Se anexa acta de entrega y de destrucción debidamente suscrita.

Con lo anterior se aclara que, no existe actualmente en la sede Cúcuta un equipo medidor de velocidad de proyectiles activo o en uso, este bien se encuentra por fuera del inventario y se entregó para destrucción.

Documentación soporte Resolución No.131 del 20 de abril de 2021, Acta de entrega del elemento balístico, Acta de destrucción del equipo firmada por el representante legal de la empresa denominada LA RECUPERADORA RICO. Ingrid Carolina Rico Albarracín.

ANÁLISIS DE RESPUESTA:

Conforme a la respuesta y soportes presentados por el Instituto a la presente observación, en relación con el equipo medidor de velocidad del laboratorio de balística de la sede de Cúcuta, vale la pena indicar que no se tuvo claridad y confiabilidad en cuanto a la identificación del mismo ni las razones por las cuales no se dio cumplimiento a la Resolución No. 131 del 2021, teniendo en cuenta que la publicación se adelantó en el mes comprendido de junio a julio del año en curso y el acta emitida por la entidad encargada de la disposición final correspondiente se fecha con 20 de octubre del 2025 (más de 4 años después).

Así las cosas, se observa falta de control y seguimiento al cumplimiento de los actos administrativos internos de Medicina Legal y demoras en la disposición final de los bienes

datos de baja, razones para no desvirtuar lo reprochado en la observación, confirmándose como hallazgo con las incidencias comunicadas, además de ajustar el texto del mismo.

Hallazgo No.15. Elementos materiales probatorios en la sede de Cúcuta

COH_7411_2025-2-AU-CU: Elementos materiales probatorios en la sede de Cúcuta

INCIDENCIAS:

Administrativa

☒

Fiscal

☐

Disciplinaria

☐

Penal

☐

Beneficio de Auditoría

☐

IP

☐

Otras incidencias

☐

¿Cuál?

CRITERIOS:

Fuente de Criterio	Criterio
Ley 906 de 2004	Artículo 255
Manual del sistema de cadena de custodia 2018	Artículos 1.1 – 5.3.7 y 7. Almacenamiento de evidencias 7.1.
GUÍA DE PROCEDIMIENTOS PARA LA REALIZACIÓN DE NECROPSIAS MEDICOLEGALES Segunda edición.	Componente N.º 2 – 8.11 literales a y b.

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ:

En la sede administrativa de la ciudad de Cúcuta del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, el grupo auditor observó varias bolsas en un archivador que contienen elementos materiales probatorios de casos ya analizados de balística, correspondiente a proyectiles recuperados en las necropsias, con fechas de más de un año de antigüedad; en condiciones de almacenamiento y custodia riesgosa de pérdida y/o deterioro de las pruebas, y debilidades en la gestión para el trámite final del proceso.



COMO:

En visita técnica realizada a la sede en la ciudad de Cúcuta del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses los días 18 y 19 de septiembre del año en curso, durante el recorrido adelantado en las instalaciones administrativas, observó en el archivo de gestión varios recipientes, bolsas y un archivador con muchos elementos probatorios de tipo proyectil, pendientes de la disposición final por parte de las autoridades correspondientes.

CAUSA:

La situación descrita, se presenta debido a la falta de gestión por parte del Instituto para la disposición de estos elementos y malas prácticas de almacenamiento de este tipo de elementos, lo que condujo a la improvisación de espacios provisionales para el almacenamiento de dichas evidencias

EFFECTO:

Es así, que se podría generar un riesgo de pérdida de materiales probatorios y acaparamiento de los mismos, en respuesta al almacenamiento prolongado de ellos.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

Los Elementos referidos en la observación no se encuentran bajo riesgo de pérdida y cumplen con los preceptos del manual de cadena de custodia (embalados, rotulados), además se han realizado las gestiones pertinentes para la disposición final, la cual es definida por la autoridad que adelanta la investigación, como se hará referencia a continuación.

Es necesario tener el contexto temporal de los elementos, dado que para la fecha en que fueron estudiados los elementos (1996 a 2002), no existía en Colombia el SPOA, almacenes de evidencia ni el manual de cadena de custodia y los conceptos relacionados; por lo tanto, estos elementos no son recibidos en los almacenes de evidencias y ha sido difícil de gestionar a pesar de ser temas frecuentes de los consejos de policía Judicial.

Área de almacenamiento: Los elementos materiales probatorios (proyectiles) se encuentran en un área restringida, con acceso limitado únicamente a personal autorizado, lo que garantiza el control de ingreso y la seguridad y custodia.

Condiciones del embalaje, cada elemento se encuentra embalado de manera adecuada, en contenedores que conservan la cinta de seguridad del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, lo que asegura la preservación y evita la manipulación indebida.

Registro documental: Todos los elementos están debidamente inventariados y relacionados en una tabla de Excel, con identificación del número del acta, protocolo de necropsia y año, tipo de elemento. Dicho inventario corresponde a necropsias practicadas entre los años 1996 a 2002, enmarcadas en procesos penales de la ley 600, vigente para dicho periodo.

Gestiones conjuntas con la Fiscalía: se ha establecido un trabajo articulado con la fiscalía de descongestión para la disposición final de estos elementos. Primer Oficio: En febrero 24 de 2025 con el oficio N-038— DSNS-2025 se remitió comunicación solicitando la disposición final de proyectiles y Elementos asociados balísticos recuperados en sala de cirugía del Hospital Universitario Erasmo Meoz, lo que permitió la entrega de un primer grupo de evidencias. La Fiscalía General de la Nación, genera ordenes de trabajo a la policía judicial bajo el NUC 540016106079201882534 con fechas de marzo y abril donde solicita que se dispone que el funcionario realice las labores necesarias y pertinentes para la destrucción de elementos balísticos y prendas asociados al oficio N-038-DSNS-2025. Segundo oficio: En agosto 26-2025 Oficio 285 DSNS- 2025 Se realizó oficio para disposición final de los elementos balísticos recuperados en necropsia de los años 1996 al 2004. Reiteración octubre de 2025. Se envió nuevamente reiteración del oficio 285-DSNS- 2025 a fin de avanzar en la evaluación y tramite definitivo. Por tanto, por parte del instituto se han adelantado las actuaciones correspondientes para la gestión de los citados elementos. Se adjuntan evidencias.

ANÁLISIS DE RESPUESTA:

Teniendo en cuenta la respuesta de la entidad, la misma manifiesta que las evidencias se encuentran debidamente identificadas, embaladas y organizadas cronológicamente; sin embargo, se evidencia que, a pesar de haber tomado acciones para solventar las circunstancias, actualmente no se ha logrado subsanar la situación objeto de reproche en la presente observación y se hace necesario aunar esfuerzos en coordinación con las demás entidades para llevar con éxito la disposición final de los EMP.

Por consiguiente, las razones expuestas no son suficientes para desvirtuarla, lo cual deriva en que se valide como hallazgo con incidencia administrativa y desestimando la incidencia disciplinaria.

Hallazgo No.16. Deterioro en infraestructura en sede Cúcuta.

COH 7416 2025-2-AU-CU: Deterioro en infraestructura en sede Cúcuta.	
INCIDENCIAS:	
Administrativa ☒	Fiscal ☐ Disciplinaria ☐ Penal ☐ Beneficio de Auditoría ☐
IP ☐	Otras incidencias ☐
¿Cuál?	
CRITERIOS:	
Fuente de Criterio	Criterio
Ley 09 de 1979	Artículo 108 y 109.
Ley 938 de 2004	Artículo 36 Numeral 1. Artículo 40 Numeral 5.

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ:

Se identificó que, en el área total de la infraestructura de la sede de Cúcuta, en las paredes de los consultorios, zonas comunes, zona administrativa, archivos y laboratorios, se presenta humedades en muros.



COMO:

En visita técnica realizada a la sede de Cúcuta del Instituto de Medicina Legal en el departamento de Norte de Santander, los días 18 y 19 de septiembre de 2025 e inspección ocular a la infraestructura existente para el funcionamiento de los servicios de clínica forense, administración, laboratorios y archivo.

CAUSA:

Esta situación se presenta por la falta de mantenimiento en la cubierta y fachada de la infraestructura donde se prestan los servicios ofrecidos por el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses sede Cúcuta.

EFFECTO:

Al pasar de tiempo, se pueden seguir deteriorando la pintura de las paredes interiores de la sede, trayendo como consecuencia daños no solo en la pintura, sino en la estructura, que a su vez trae como consecuencia posibles riesgos a la salud e integridad de los funcionarios, por el no mantenimiento de las cubiertas y humedades que se presentan en la estructura.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

Mediante comodato suscrito con la Fiscalía General de la Nación, se entregó el inmueble para el funcionamiento la sede del Instituto en la ciudad de Cúcuta, mismo que comparte área con la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Gestiones realizadas: Se remitió oficio a la Fiscalía General de la Nación, propietaria del inmueble, solicitando la intervención necesaria de mantenimiento correctivo para atender los deterioros de la estructura, a su vez se envió correo al Grupo Nacional de Gestión de Infraestructura, para verificar la viabilidad técnica de realizar mantenimiento por parte del INMLCF teniendo en cuenta que el Instituto no es el propietario de la sede. El mayor deterioro por la humedad corresponde al área de la Registraduría Nacional del Estado Civil. Se adjuntan evidencias.

ANÁLISIS DE RESPUESTA:

En la cláusula sexta – **“obligaciones del comodatario: numeral c) Cuidar y mantener las áreas recibidas en comodato respondiendo por todo daño o deterioro que sufra, salvo los que se deriven de su uso legítimo. EL COMODATARIO se obliga hasta a responder por la culpa leve, acorde con la prescripción contenida en el artículo 2203 del código civil y numeral K) Realizar a las áreas entregadas en comodato, las reparaciones necesarias y/o mantenimientos, con la finalidad de tener en perfectas condiciones de funcionamiento de las mismas.”** Por tal motivo, y conforme a lo señalado anteriormente, el comodatario en este caso, el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses tiene la obligación de realizar los mantenimientos correspondientes en la sede que le ha sido entregada en comodato. No obstante, durante la visita efectuada no se evidencio la ejecución de labores de mantenimiento preventivo por parte del instituto en las áreas donde operan la clínica forense y la sección administrativa.

Es de aclarar que las áreas de la registraduría no se revisaron en la visita técnica, como lo hace entender en la respuesta emitida por la entidad, las únicas áreas que por defecto se verificaron fueron las áreas comunes en la cual se verifica dicho espacio y se encuentra un deterioro general.

Por consiguiente, y según lo manifestado por la entidad en las respuestas presentadas, esta observación se confirma como hallazgo administrativo.

Hallazgo No.17. Archivo de gestión y transferencias al archivo central en Cúcuta

COH_7418_2025-2-AU-CU: Archivo de gestión y transferencias al archivo central en Cúcuta

INCIDENCIAS:

Administrativa ☒ Fiscal ☐ Disciplinaria ☐ Penal ☐ Beneficio de Auditoría ☐
IP ☐ Otras incidencias ☐

¿Cuál?

CRITERIOS:

Fuente de Criterio	Criterio
Ley 09 de 1979	Artículos 108 y 109
Ley 87 de 1993	Artículo 2 literales b, d y f.
Ley 594 de 2000	Artículos 11 y 12
Acuerdo 42 de 2002 Archivo General de la Nación – AGN	Artículo 3.

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ:

Durante el recorrido en la visita técnica a la sede del Instituto de Medicina Legal de Cúcuta ubicado en el tercer piso del edificio, se observó el lugar que funciona como archivo y se evidenció que, las condiciones físicas no son las más propicias para la custodia de los documentos y que, conforme a las normas archivísticas, se debe tener en cuenta las condiciones de preservación, control de los archivos y características climáticas de la zona, por temas de humedad y ventilación, en donde no se brindan las condiciones archivísticas apropiadas en especial tratándose de informes bastante antiguos.

Así mismo, no se constató la identificación de los grupos y digitalización de las diferentes carpetas y libros empastados, así como de los demás documentos que se encuentran en cajas, de lo cual se realizó una verificación aleatoria por parte del equipo auditor.



COMO:

En visita realizada a la sede de Cúcuta del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses los días 18 y 19 de septiembre del presente año, durante el recorrido fue verificado por el grupo auditor, el archivo de gestión documental de las áreas de patología y ciencias forenses, además de los diferentes documentos muy antiguos que se encuentran en cajas, carpetas y empastados.

CAUSA:

La situación descrita, se presenta por deficiencias en la custodia, preservación y control del archivo, así como por debilidades en la planeación y seguimiento por parte del responsable idóneo para dicha función y falencias en condiciones de accesibilidad, continuidad, pertinencia, seguridad y efectividad en el uso de los recursos y espacios físicos para tal fin.

EFEECTO:

Esto genera que existan riesgos de pérdida o afectación de los expedientes por deterioro de estos, debido a la humedad de la zona, ya que las condiciones del espacio carecen de las medidas adecuadas para dicho propósito. De igual manera, genera un riesgo de eficiencia y oportunidad en la tenencia documental y posible desactualización en la información, propios de los procesos judiciales.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

Se precisa que el área que actualmente funciona como archivo central corresponde a un espacio en el cual reposan documentos desde 1976 hasta el 2019, los cuales desde el año 2004 al 2019 se encuentran soportados e inventariados con el Formato Único de Inventario Documental, según las Tablas de Retención Documental. Estos expedientes se encuentran debidamente organizados, documentados, conforme a los lineamientos institucionales.

Respecto al archivo de libros y documentación histórica: Los libros empastados y demás documentos antiguos están ubicados junto al archivo central, se encuentran inventariados en tabla Excel, relacionando el número de libros por año.

Sobre las condiciones ambientales y de preservación: Se han venido realizando acciones de mitigación para la adecuada custodia, entre ellas la organización por series documentales, identificación de cajas, control de acceso y actualización de inventarios. El área cuenta con ventilación natural que no expone a humedad los documentos.

Desde la Alta dirección se viene gestionando ante la SAE un bien para el archivo central de la Seccional Norte de Santander. Se adjuntan evidencias

ANÁLISIS DE RESPUESTA:

Conforme a lo descrito por la entidad, se evidencia que el Instituto conserva una reglamentación interna que comprende los preceptos legales en materia de archivo documental y expone las diferentes gestiones que se han adelantado y las que se esperan realizar a futuro.

No obstante, es necesario que este procedimiento y acciones planteadas se continúen implementando y se realicen de forma adecuada en todas las regionales, por parte de los funcionarios a cargo de esta materia y se minimice el riesgo de pérdida y/o deterioro de documentos y una óptima tenencia y disposición de los documentos, conforme a las tablas de retención documental.

Por tanto, teniendo en cuenta lo expuesto por el ente auditado, las razones no son suficientes para desvirtuar la observación y se valida como hallazgo con connotación administrativa.

Hallazgo No.18. Condiciones centro de patología cadáveres descompuestos en Quibdó

COH_7420_2025-2-AU-CU: Condiciones centro de patología cadáveres descompuestos en Quibdó							
INCIDENCIAS: Administrativa ☒ Fiscal ☐ Disciplinaria ☐ Penal ☐ Beneficio de Auditoría ☐ IP ☐ Otras incidencias ☐							
¿Cuál?							
CRITERIOS: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Fuente de Criterio</th> <th style="width: 50%;">Criterio</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ley 09 de 1979</td> <td>Artículo 108 y 109.</td> </tr> <tr> <td>Ley 938 de 2004</td> <td>Artículo 36 Numeral 1. Artículo 40 Numeral 5.</td> </tr> </tbody> </table>		Fuente de Criterio	Criterio	Ley 09 de 1979	Artículo 108 y 109.	Ley 938 de 2004	Artículo 36 Numeral 1. Artículo 40 Numeral 5.
Fuente de Criterio	Criterio						
Ley 09 de 1979	Artículo 108 y 109.						
Ley 938 de 2004	Artículo 36 Numeral 1. Artículo 40 Numeral 5.						

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ:

Durante la inspección ocular realizada a la morgue en comodato en el cementerio central de Quibdó, se evidenció que las condiciones físicas y de seguridad no son las más adecuadas, toda vez que la inseguridad de la zona afecta diferentes aspectos en la prestación del servicio misional del Instituto, falta de servicio de electricidad debido al hurto de los cables de cobre, invasión del espacio, toda vez que conforme a lo indicado por los funcionarios que atendieron la diligencia, ingresan por el techo y se roban lo que encuentran; teniendo en cuenta dicha situación, se observaron herramientas de trabajo cortopunzantes, como cuchillos y ceguetas (entre otros) en regular estado y sin control, que pueden ser tomados por las personas que ingresan de forma ilegal y podrían ser utilizados para delinquir.





COMO:

En visita realizada a la sede de Quibdó del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses los días 22 y 23 de septiembre del presente año, durante el recorrido se verificó el área de patología en el cementerio municipal, la cual es utilizada para realizar las necropsias a los cadáveres descompuestos.

CAUSA:

Esta situación se presenta por debilidades en el seguimiento, tenencia y cuidado de los bienes necesarios para el cumplimiento de la misionalidad de la entidad, así como fallas en el mantenimiento, manejo de los espacios a su disposición, además de coordinación y gestión con los demás entes y en la custodia de los elementos entregados.

EFECTO:

Lo anterior, podría generar la suscripción de nuevos contratos y/o continuidad de los que se tienen sin el lleno de las necesidades del Instituto, deterioro de los bienes a su cargo, daños estructurales y posibles riesgos a la salud e integridad de los funcionarios por las malas adecuaciones eléctricas y de infraestructura.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

El servicio de vigilancia del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses se rige mediante contrato para todas las sedes del país que por su necesidad del servicio así lo requieren, entendiendo que el recurso es limitado y se prioriza sedes principales, en el caso de la morgue para el abordaje de cadáveres en estado de descomposición, la misma se encuentra dentro de las instalaciones del cementerio y su uso no es permanente sino solo en estos casos.

Respeto del riesgo que indican por el uso de elementos cortopunzantes al interior de la morgue, es de entender que son los elementos propios para la prestación del servicio, que se utilizan en todas las morgues y el problema de seguridad pública o delincuencia del municipio de Quibdó, no es competencia del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, sin embargo solo se dejan elementos necesarios para el servicio y otros elementos como la motosierra eléctrica y elementos de mayor valor se trasladan a la sede principal.

Cuando refiere al estado regular de las herramientas de trabajo, es de aclarar que su estado se debe al uso y deterioro normal de los elementos, los cuales al ser de consumo van siendo renovados conforme las áreas así lo soliciten, cada vez que sea necesario, pero su desgaste es algo totalmente normal, máxime por el tipo de finalidad que implica su uso.

ANÁLISIS DE RESPUESTA:

Conforme a la respuesta otorgada por el Instituto, la entidad indica que lo que compete a la inseguridad no se encuentra bajo la responsabilidad del Instituto, a lo cual, si bien es cierto la afirmación, también lo es que se debe adelantar las gestiones necesarias para proporcionar las condiciones óptimas de trabajo para sus funcionarios, aún en coordinación con las instancias que sean necesarias, en este caso de seguridad, servicios públicos, ambiente e instrumentos de trabajo.

Lo anterior, teniendo en cuenta que, durante el recorrido por el grupo auditor, no se observa el mejor entorno para laborar ni las condiciones más seguras. Así las cosas, esta observación se confirma como hallazgo administrativo.

Hallazgo No.19. Lote para la construcción de la nueva sede Quibdó
COH 7423 2025-2-AU-CU: Lote para la construcción de la nueva sede Quibdó
INCIDENCIAS:

Administrativa ☒ Fiscal ☐ Disciplinaria ☐ Penal ☐ Beneficio de Auditoría ☐
 IP ☐ Otras incidencias ☐

¿Cuál?

CRITERIOS:

Fuente de Criterio	Criterio
Resolución 00631 del 30 de agosto de 2019	Artículo 4.
Resolución 00662 del 20 de septiembre de 2019	Literal f)
Ley 938 de 2024	Artículo 36 numerales 1 y 5.

SITUACIÓN DETECTADA:
QUÉ:

Durante el recorrido realizado por el grupo auditor en la visita adelantada en la sede de la ciudad de Quibdó, se evidenció el lote recibido en donación por el Municipio de Quibdó en el año 2010 y en donde funcionaba la plaza de mercado y el matadero municipal.



Durante el año 2023 y 2024 se adelantó el contrato 0045-DRNO-2023 que tiene como objeto “REALIZAR LA DEMOLICIÓN DE LAS EDIFICACIÓN EXISTENTE EN EL PREDIO DEL ANTIGUO MATADERO DE LA ZONA URBANA DE LA CIUDAD DEL QUIBDÓ CHOCO Y CONSTRUIR EL CERRAMIENTO PROVISIONAL” dicho contrato se ejecutó al 100% y el equipo auditor evidenció que, tanto las obras de demolición como del cerramiento en malla eslabonada se ejecutaron.

Así las cosas, han pasado más de 10 años sin planificar ni avanzar en la construcción de la sede propia de la entidad en esta ciudad y falta de atención por parte de la regional y nivel central, además de la toma de decisiones oportunas.

COMO:

En visita realizada a la sede de Quibdó del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses los días 22 y 23 de septiembre del presente año, durante el recorrido se verificó el lote recibido por el municipio desde el año 2010 y análisis de las políticas y normas que regulan el ejercicio y prestación de servicios forenses en cabeza del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

CAUSA:

Esta situación se presenta por debilidades en el seguimiento, tenencia y productividad de los bienes necesarios para el cumplimiento de la misionalidad de la entidad, así como fallas en el manejo de los espacios a su disposición, además de coordinación y gestión en la estructuración, caracterización e impulso ante las instancias pertinentes por parte de la alta dirección y ausencia de personal especializado en el campo técnico, normativo o reglamentario.

EFECTO:

Lo anterior, evidencia debilidades en la planeación, gestión y priorización en las intervenciones anuales de las sedes de Medicina Legal y Ciencias Forenses, necesarias para el funcionamiento oportuno y eficaz de la misionalidad de la entidad, debido a la falta de gestión para la construcción del centro de patología y servicios de clínica en la sede de Quibdó.

Así mismo, genera discrepancia en las instalaciones y funcionamiento de los centros especializados como Morgues y laboratorios a nivel nacional, obteniendo variabilidad y diferencias no solo en las sedes en aspectos internos y externos, sino también en los procedimientos, debido a la carencia de criterios unificados y falta de normas que demanden un tipo de obra específica.

RESPUESTA:

El Municipio de Quibdó durante la vigencia 2010 realizó la donación al Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses de un lote para la construcción de la sede Seccional Chocó, para el proyecto fue inscrito por el Instituto durante esta misma vigencia en el BPIN (Banco de proyecto del Departamento Nacional de Planeación).

En el año 2012, debió posponerse el inicio de ejecución del proyecto de inversión, debido a que el lote se encontraba en situación de alteración del orden público llegando a la invasión de este; hasta tanto el Municipio resolviera dicha situación. Dicho predio en su interior tenía locales que estaban ocupados por al menos 18, entre ocupantes aislados y grupos familiares, según censo que realizó la alcaldía en su momento. El desalojo de estos locales se realizó por parte de la alcaldía municipal finalizando la segunda década de este milenio.

Solucionada la situación relacionada con la invasión del predio, se asignaron recursos para la demolición de la estructura existente (matadero municipal), para lo cual en la vigencia 2023, desde el Grupo de Infraestructura se gestionó ante la Secretaría de Planeación de Quibdó - Chocó, la licencia para la demolición y la construcción del cerramiento provisional del predio.

Así mismo, finalizando la vigencia 2023, se suscribió el contrato N°0045-DRNO-2023, para la demolición y construcción provisional del cerramiento del predio, el cual fue recibido y terminado en el primer semestre de la vigencia 2024.

Durante el 2025, se destinaron recursos para la contratación de los estudios y diseños técnicos para la construcción de la sede seccional Chocó \$350.000.000, dentro del proyecto de inversión denominado CONSTRUCCIÓN, DOTACIÓN Y ADECUACIÓN DE EDIFICIOS SEDES DEL INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES NACIONAL.

Desde el Grupo de Infraestructura se ha venido adelantando el proceso de selección conjuntamente con la Regional Noroccidente, para la contratación de los Estudios y Diseños, así como la interventoría de los mismos, el cual se encuentra en proceso publicado en plataforma SECOP II, bajo el número CM-0031- DRNO-2025 cuyo objeto es ESTUDIOS Y DISEÑOS PARA LA CONSTRUCCIÓN Y DOTACIÓN DE LA SEDE SECCIONAL CHOCO UBICADA EN EL MUNICIPIO DE QUIBDÓ DEL INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES.

Es importante mencionar que, para la vigencia 2026 se estima la asignaron de recursos por valor de \$5.644.637.103, para la construcción, dotación e interventoría de obra de la sede Seccional Chocó.

ANÁLISIS DE RESPUESTA:

Una vez obtenida la respuesta por parte del Instituto, la entidad manifiesta y detalla las gestiones adelantadas desde el momento que se adquirió el lote en mención, a lo cual, hasta el año 2023 se logró la demolición y cerramiento del mismo y a la fecha no se ha logrado el inicio de la construcción de la sede propia en Quibdó y la cual es muy importante debido a las diferentes razones expuestas antes relacionadas.

Lo anterior, teniendo en cuenta que, es evidente la necesidad de una sede debidamente dotada para la prestación del servicio de Medicina Legal. Así las cosas, esta observación se confirma como hallazgo administrativo.

Hallazgo No.20. Condiciones centro de patología cadáveres fresco en Quibdó

COH_7424_2025-2-AU-CU: Condiciones centro de patología cadáveres frescos en Quibdó

INCIDENCIAS:

Administrativa

☒

Fiscal

☐

Disciplinaria

☐

Penal

☐

Beneficio de Auditoría

☐

IP

☐

Otras incidencias

☐

¿Cuál?

CRITERIOS:

Fuente de Criterio	Criterio
Ley 09 de 1979	Artículo 108 y 109.
Ley 938 de 2004	Artículo 36 Numeral 1. Artículo 40 Numeral 5.

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ:

Durante la inspección ocular realizada a la morgue en comodato en el hospital departamental San Francisco de Asís, se evidenció que las condiciones físicas y de seguridad no son las más adecuadas, toda vez que, el estado físico de las instalaciones presenta un deterioro visible, es bastante reducido y la desorganización alrededor es evidente. De igual manera, se observan solo herramientas de trabajo cortopunzantes, como cuchillos y ceguetas (entre otros) en regular estado y sin control y solo se observó una balanza electrónica como equipo tecnológico.



Según lo manifestado por funcionarios que atendieron la diligencia, es un espacio compartido con la morgue del hospital, de lo cual dejan en algunas ocasiones cadáveres alrededor y diferentes bienes en mal estado entorpeciendo el paso.

COMO:

En visita realizada a la sede de Quibdó del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses los días 22 y 23 de septiembre del presente año, durante el recorrido se verificó el área de patología en el hospital departamental, la cual es utilizada para realizar las necropsias a los cadáveres frescos.

CAUSA:

Esta situación se presenta por debilidades en el seguimiento, tenencia y cuidado de los bienes necesarios para el cumplimiento de la misionalidad de la entidad, así como fallas en el mantenimiento, manejo de los espacios a su disposición, además de coordinación y gestión con los demás entes y en la custodia de los elementos entregados.

EFEECTO:

Lo anterior, podría generar la suscripción de nuevos contratos y/o continuidad de los que se tienen sin el lleno de las necesidades del Instituto, deterioro de los bienes a su cargo, daños estructurales y posibles riesgos a la salud e integridad de los funcionarios por las malas adecuaciones de infraestructura y seguridad.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

Respecto de las condiciones de seguridad de la morgue para cadáveres frescos, es de aclarar que es una sede que se encuentra en comodato dentro de los predios de la ESE San Francisco de ASIS, quienes poseen vigilancia privada para toda la sede, por consiguiente, atendemos los protocolos y bitácoras de seguridad que el hospital nos indique con manejo exclusivo por parte del instituto de dicha área.

Referente a la desorganización de los alrededores de la morgue igualmente es necesario aclarar al ente de control que dichos espacios no pertenecen al instituto y no se encuentran comodatados, por consiguiente, son de uso y administración exclusiva de la ESE San Francisco de Asís y no podemos interferir en el uso de dichos espacios.

En relación con el deterioro de las instalaciones es necesario precisar al ente de control que por no ser una sede propia los recursos para infraestructura en lo que refiere a intervenciones de obra de mediano y mayor tamaño solo pueden ser destinados para sedes propias a fin de evitar un detrimento patrimonial injustificado, con lo cual se realizan mantenimientos preventivos y correctivos de las áreas locativas como lo son goteras, pinturas, grifería, entre otros cuya inversión es mínima y supeditados al contrato anual del suministro de herramientas y repuestos de la Regional Noroccidente, limitándonos obviamente al presupuesto de toda la regional entendiendo que no es la única sede. Es de anotar que tanto desde la coordinación administrativa como desde la dirección seccional Chocó, se ha insistido a las diferentes gerencias de la ESE San Francisco de Asís, sobre la necesidad de una intervención amplia al área de morgue, al ser un bien de su propiedad, pero a la fecha no hemos obtenido respuesta alguna.

Es pertinente aclarar que por la zona endémica en la que se encuentra el departamento del choco, tanto los bienes muebles como inmuebles tienden a tener un desgaste mayor en poco tiempo debido a la alta humedad de la zona.

Respecto de los bienes observados en presunto mal estado y sin presunto control, los funcionarios del Instituto son los únicos autorizados para ingresar al área de morgue para lo cual se cuenta con llaves de acceso y en relación con el presunto mal estado, nuevamente se reitera lo expuesto para la observación # 30, que no es otra referente a que su deterioro deviene del uso normal y constante de dichos elementos consumibles para la atención y prestación del servicio y que van siendo reemplazados conforme las áreas lo solicitan, lo cual es controlado por la dirección seccional Chocó, en sus formatos de pedido bimensual y por el área de almacén del nivel regional.

En concordancia con la manifestación de los funcionarios que atendieron la visita, respecto del único espacio compartido de la morgue con el hospital, referente al área de recepción de cadáveres en el área externa de cuartos fríos de la morgue se tiene dos aspectos a saber; en la morgue que presta sus servicios en medicina legal solo pueden ser llevados cadáveres para proceso de necropsia médico legal, aquellos cadáveres por muerte natural no son objeto de nuestra competencia sino del hospital, pero se entiende que en algunas ocasiones tengan que ser dispuestos en el área de depósito de cadáveres de la parte externa de la morgue mientras realizan la entrega del cadáver a la respectiva funerario, situación que ha sido puesta de presente por parte de la directora de la seccional

Chocó, a la gerencia del hospital para una mejor coordinación entre los funcionarios de la ESE, los funcionarios del instituto y el personal de vigilancia.

Sobre los bienes en mal estado que obstruyen el paso, estos se ubican en predios del hospital y no del instituto y la dirección seccional ha solicitado constantemente a la gerencia del hospital que se haga una mejor disposición de estos en aras de no obstruir las vías de acceso a la morgue pero que finalmente no está en control del instituto.

Finalmente, el instituto viene adelantando la construcción de la sede, prevista para culminar el año 2026, que soluciona las anteriores situaciones.

ANÁLISIS DE RESPUESTA:

Acorde a la respuesta allegada por el ente auditado, mediante la cual indica el alcance de la responsabilidad del Instituto frente a temas de organización, mantenimiento y tenencia de cadáveres en la morgue en comodato con el hospital San Francisco de Asís, a lo cual, si bien es cierto la afirmación, también lo es que se debe adelantar las gestiones necesarias para proporcionar las condiciones óptimas de trabajo para sus funcionarios, aún en coordinación con las instancias que sean necesarias, en este caso de seguridad, ambiente e infraestructura del espacio donde se desarrollan las actividades propias del servicio prestado por Medicina Legal.

Lo anterior, teniendo en cuenta que, durante el recorrido por el grupo auditor, no se observa el mejor entorno para laborar ni las condiciones más seguras. Así las cosas, esta observación se confirma como hallazgo administrativo.

Hallazgo No.21. Refrigeración para los equipos tecnológicos en Quibdó

COH_7426_2025-2-AU-CU: Refrigeración para los equipos tecnológicos en Quibdó

INCIDENCIAS:

Administrativa ☒ Fiscal ☐ Disciplinaria ☐ Penal ☐ Beneficio de Auditoría ☐
 IP ☐ Otras incidencias ☐

¿Cuál?

CRITERIOS:

Fuente de Criterio	Criterio
Ley 09 de 1979	Artículo 112
Ley 938 2004	Artículo 36 Numerales 1 y 5.
Resolución 638 de 2009	Capítulo II artículo 6

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ:

Durante la visita a la sede de Quibdó del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, se constató que el lugar donde se encuentran los RACK de equipos de cómputo y comunicaciones, cuya refrigeración por parte de los aires acondicionados, no se encuentran en funcionamiento y la única ventilación es la natural, condiciones que no son

óptimas para los aparatos tecnológicos ya que las condiciones de temperatura de la zona son altas.



COMO:

Durante la visita a la sede de Quibdó del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses el día 22 de septiembre de 2025, se realizó una inspección visual y técnica del área de servidores de cómputo, corroborando el ambiente donde se encuentran los RACK.

CAUSA:

Esta situación se presenta por la falta de asignación de recursos para mantenimiento y equipamiento adecuado, dando prioridad a otros gastos y desconocimiento o negligencia en la aplicación de normas y estándares de seguridad y gestión de tecnología.

EFECTO:

Lo cual podría generar pérdida de información, toda vez que se trata de los equipos que almacenan la información digital, deterioro de los equipos por humedad, interrupción del servicio y sobrecostos de reparación y mantenimiento.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

La adquisición de equipos de refrigeración para el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses y cada una de sus regionales se encuentra supeditado a la asignación de recursos por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, sin embargo, para la vigencia 2025 se asignó por parte de la subdirección de servicios forenses presupuesto por \$64.000.000 mediante el CDP 223125 de fecha 2025-10-15 para la adquisición de aires acondicionados para la regional noroccidente, dentro de los cuales está prevista la instalación de un aire en dicha área. Ahora, la información del instituto no se encuentra en riesgo dado que los servidores de los sistemas de información se encuentran en la sede Central del Instituto y en la nube.

ANÁLISIS DE RESPUESTA:

Conforme a la respuesta otorgada por Medicina Legal, se detalla la situación particular con el equipo aire acondicionado fuera de funcionamiento en el lugar destinado para los RACK; al respecto, en la visita por parte del grupo auditor se observó que los aires acondicionados del espacio se encontraban fuera de operación y conforme a lo indicado por el ente auditado,

los recurso hasta ahora fueron asignados y se encuentran adelantando las gestiones para que sean cambiados, así mismo, indica que la información no se encuentra en riesgo, pero el reproche presentado hace alusión al posible deterioro de los equipos tecnológicos y más por las condiciones climáticas de la zona.

Así las cosas, las razones expuestas no han sido suficientes ni efectivas para subsanar lo observado por el grupo auditor ni se ha tomado acciones correctivas efectivas en relación con el aire acondicionado, lo que no desvirtúa lo reprochado en la observación.

Por lo anterior, y según lo manifestado por la Entidad en la respuesta presentada, esta observación se confirma como hallazgo administrativo.

Hallazgo No.22. Hojas de vida de los equipos en la sede de Quibdó

COH_7429_2025-2-AU-CU: Hojas de vida de los equipos en la sede de Quibdó

INCIDENCIAS:

Administrativa ☒ Fiscal ☐ Disciplinaria ☐ Penal ☐ Beneficio de Auditoría ☐
 IP ☐ Otras incidencias ☐

¿Cuál?

CRITERIOS:

Fuente de Criterio	Criterio
Ley 09 de 1979	Artículos 108, 109 y 112.
Ley 594 de 2000	Artículo 4
Manual del Sistema Integrado de Gestión	Numeral 16 - Control de dispositivos de seguimiento

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ:

El equipo auditor durante la visita realizada a la sede de Quibdó del INMLYCF y de acuerdo con la información recopilada, evidenció que, en relación con los equipos, su control y mantenimiento, no se observaron las hojas de vida en físico y las carpetas digitales de las balanzas y cuarto frío están bajo responsabilidad de la regional.



La ausencia de esta documentación no permite tener el detalle respecto a la identificación, mantenimiento, historial y rendimiento de los equipos para facilitar su operación, tenencia, control y seguimiento de los activos de la entidad.

COMO:

Durante la visita técnica realizada a la sede de Quibdó de Medicina Legal los días 22 y 23 de septiembre del año en curso, conforme al recorrido realizado por el equipo auditor a las instalaciones de la mencionada sede y a la verificación física de los documentos.

CAUSA:

Esta situación se presenta, por falta de controles y aplicabilidad de los procedimientos administrativos internos tendientes a la tenencia y gestión de los bienes del Instituto; así mismo por el incumplimiento de las políticas internas adoptadas por la Entidad y de gestión obligatoria, además de deficiencias en el control interno, descuido o problemas en las actividades de gestión documental.

EFECTO:

Lo observado, podría generar dificultad para el seguimiento y trazabilidad de los diferentes equipos, además de riesgos de pérdida o deterioro de los mismos y limita la capacidad de la entidad para razonar su inversión y mantenimiento ante los órganos de control.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

Respecto de las hojas de vida de las balanzas y el cuarto frio de la morgue, no se disponen en la seccional Chocó, toda vez que, en el caso de las balanzas, el control, así como los mantenimientos preventivos y correctivos son llevados a cabo por parte del área de metrología de la regional Noroccidente con sede en Medellín, por ser de su competencia.

Respecto del cuarto frio de la morgue, el mantenimiento preventivo y correctivo y el ingreso de la información al SINTEC de dicho bien está a cargo del área de mantenimiento de la regional Noroccidente, recientemente se realizó mantenimiento a la cava, como cambio de motor, es decir se hace control de los activos de la entidad.

ANÁLISIS DE RESPUESTA:

Teniendo en cuenta lo indicado por el Instituto y los soportes allegados para sustentar la situación reprochada por la CGR en esta observación, la entidad indica que no se disponen con las hojas de vida de los bienes toda vez que, “en el caso de las balanzas, el control, así

como los mantenimientos preventivos y correctivos son llevados a cabo por parte del área de metrología de la regional Noroccidente con sede en Medellín, por ser de su competencia”, para lo cual, este equipo auditor considera que para un adecuado control y seguimiento de la información de cada uno de los equipos, la documentación debe encontrarse al alcance y consulta en la sede donde funcionan los bienes, teniendo en cuenta que tomas de decisiones pueden ser basadas en este tipo de información, como los es: datos generales de adquisición, control de vida útil y mantenimientos, entre otros; situación que ocurrió al momento de la visita, que no fue posible su consulta.

Así las cosas, y con el fin de subsanar y/o mejorar dicha situación, las razones indicadas no son suficientes para desvirtuar la observación, constituyéndose como hallazgo y manteniendo la incidencia como fue comunicada.

Hallazgo No.23. Elementos materiales probatorios en la sede de Quibdó

COH 7430 2025-2-AU-CU: Elementos materiales probatorios en la sede de Quibdó

INCIDENCIAS:

Administrativa ☒ Fiscal ☐ Disciplinaria ☐ Penal ☐ Beneficio de Auditoría ☐
 IP ☐ Otras incidencias ☐

¿Cuál?

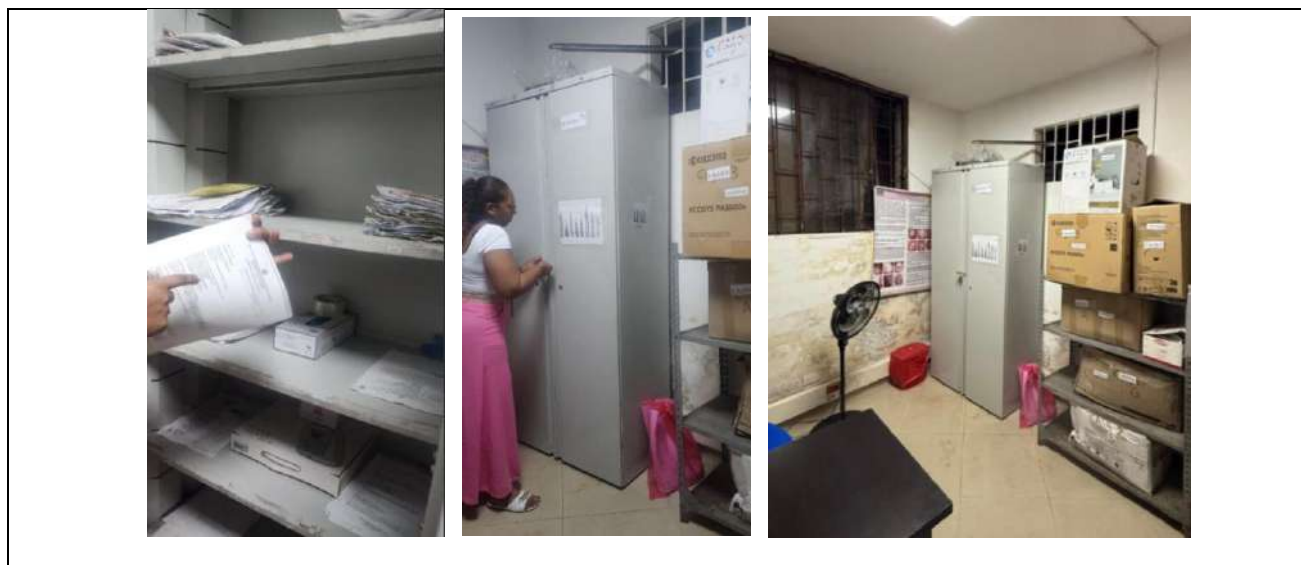
CRITERIOS:

Fuente de Criterio	Criterio
Ley 906 de 2004	Artículo 255
Manual del sistema de cadena de custodia 2018	Artículos 1.1 – 5.3.7 y 7. Almacenamiento de evidencias 7.1.
GUÍA DE PROCEDIMIENTOS PARA LA REALIZACIÓN DE NECROPSIAS MEDICOLEGALES Segunda edición.	Componente N.º 2 – 8.11 literales a y b.

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ:

En la sede administrativa de la ciudad de Quibdó del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, el grupo auditor observó varias cajas y bolsas en un archivador que contienen elementos materiales probatorios de casos ya analizados de balística, correspondiente a proyectiles recuperados en las necropsias, con fechas de más de un año de antigüedad, pendientes de su disposición final por parte de las autoridades correspondientes.



COMO:

En visita técnica realizada a la sede en la ciudad de Quibdó del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses los días 22 y 23 de septiembre del año en curso, durante el recorrido adelantado en las instalaciones administrativas, observó en el archivo de gestión varios recipientes, bolsas y un archivador con muchos elementos probatorios de tipo proyectil, pendientes de la disposición final.

CAUSA:

La situación descrita, se presenta debido a la falta de gestión por parte del Instituto para la disposición de estos elementos y malas prácticas de almacenamiento de este tipo de elementos, lo que condujo a la improvisación de espacios provisionales para el almacenamiento de dichas evidencias.

EFFECTO:

Es así, que se podría generar un riesgo de pérdida de materiales probatorios y acaparamiento de los mismos, en respuesta al almacenamiento prolongado de ellos.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

Por disposición legal (manual de cadena de custodia, la Seccional Choco no cuenta con un almacén de evidencias como tal (estos están limitados a la Fiscalía General de la Nación); La seccional dispone de un almacén transitorio, destinado al resguardo temporal de los Elementos Materiales Probatorios (EMP) y Evidencias Físicas (EF). Estos se conservan allí posterior a ser analizados a la espera de ser recolectados por la autoridad competente. No existe un plazo establecido para la tenencia de los elementos en el Instituto y su traslado a las autoridades no depende del Instituto.

Este almacén transitorio cuenta con acceso restringido, puerta de seguridad, control de ingreso y verificación permanente de la cadena de custodia, garantizando así la integridad y trazabilidad de los elementos custodiados. No obstante, a la fecha, pese a las gestiones realizadas, no ha sido posible que las autoridades competentes recojan los elementos.

ANÁLISIS DE RESPUESTA:

Teniendo en cuenta la respuesta de la entidad, la misma manifiesta que las evidencias se encuentran debidamente identificadas, organizadas y resguardadas con acceso restringido; sin embargo, se evidencia que, a pesar de haber tomado acciones para solventar las circunstancias, actualmente no se ha logrado subsanar la situación objeto de reproche en la presente observación y se hace necesario aunar esfuerzos en

coordinación con las autoridades competentes para llevar con éxito la disposición final de los EMP.

Por consiguiente, las razones expuestas no son suficientes para desvirtuarla, lo cual deriva en que se valide como hallazgo con incidencia administrativa.

Hallazgo No.24. Archivo documental de patología y ciencia forense en Quibdó.

COH_7434_2025-2-AU-CU: Archivo documental de patología y ciencia forense en Quibdó

INCIDENCIAS:

Administrativa ☒ Fiscal ☐ Disciplinaria ☐ Penal ☐ Beneficio de Auditoría ☐

IP ☐ Otras incidencias ☐

¿Cuál?

CRITERIOS:

Fuente de Criterio	Criterio
Ley 09 de 1979	Artículos 108 y 109
Ley 87 de 1993	Artículo 2 literales b, d y f.
Ley 594 de 2000	Artículos 11 y 12
Acuerdo 42 de 2002 Archivo General de la Nación – AGN	Artículo 3.

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ:

Durante el recorrido en la visita técnica, se observó el lugar que funciona como archivo y se evidenció que, las condiciones físicas no son las adecuadas para la custodia de los documentos y que, conforme a las normas archivísticas, se debe tener en cuenta las condiciones de preservación, control de los archivos y características climáticas de la zona, por temas de humedad y ventilación, en donde se brinden las condiciones archivísticas apropiadas.



Así mismo, durante la verificación ocular, se observó que el archivo de gestión más reciente se tiene en un espacio sin identificar, algunos rotulados y sin foliar en su totalidad y el más antiguo ha sido organizado y en proceso de digitalización y clasificación; conforme a lo manifestado por los funcionarios, se trata de una labor de organización que se encuentran en ejecución. así mismo, se encontró un pequeño espacio con archivo de oficios y correspondencia interna y externa desde el año 1997 aproximadamente, el cual según el personal que atiende la diligencia, no es oficial y se mantiene por consulta.

COMO:

En visita realizada a la sede de Quibdó del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses los días 22 y 23 de septiembre del presente año, durante el recorrido fue verificado por el grupo auditor, el archivo de gestión documental de las áreas de patología y ciencias forenses.

CAUSA:

La situación descrita, se presenta por deficiencias en la custodia, preservación y control del archivo, así como por debilidades en la planeación y seguimiento por parte del responsable idóneo para dicha función y falencias en condiciones de accesibilidad, continuidad, pertinencia, seguridad y efectividad en el uso de los recursos y espacios físicos para tal fin.

EFFECTO:

Esto genera que existan riesgos de pérdida o afectación de los expedientes por deterioro de estos, debido a la humedad de la zona, ya que las condiciones del espacio carecen de las medidas adecuadas para dicho propósito. De igual manera, genera un riesgo de eficiencia y oportunidad en la tenencia documental y posible desactualización en la información, propios de los procesos judiciales.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

Desde la dirección regional noroccidente en conjunto con la coordinación regional administrativa y financiera, viene realizando inventarios actualizados de la documentación que reposa en cada uno de los archivos de las áreas de las direcciones seccionales; con dos finalidades; definir los documentos objeto de disposición final conforme a la normatividad vigente, por el paso del tiempo o por su naturaleza y que documentos deben ser transferidos al archivo

central de la regional noroccidente de la sede Medellín, de conformidad con la normatividad vigente y así mantener una depuración adecuada de los archivos de gestión de cada una de sus áreas.

ANÁLISIS DE RESPUESTA:

Conforme a lo descrito por la entidad, se evidencia que el Instituto motiva una reglamentación interna que comprende los preceptos legales en materia de archivo documental y expone las diferentes gestiones que se han adelantado y las que se esperan realizar a futuro.

No obstante, es necesario que este procedimiento y acciones planteadas se continúen implementando y se realicen de forma adecuada en todas las regionales, por parte de los funcionarios a cargo de esta materia y se minimice el riesgo de pérdida y/o deterioro de documentos y una óptima tenencia y disposición de los documentos, conforme a las tablas de retención documental.

Por tanto, teniendo en cuenta lo expuesto por el ente auditado, las razones no son suficientes para desvirtuar la observación y se valida como hallazgo con connotación administrativa y se desestima la incidencia disciplinaria.

Hallazgo No.25. Ejecución Presupuestal

COH_7406_2025-2-AU-CU: Ejecución del Presupuesto	
INCIDENCIAS: Administrativa ☒ Fiscal ☐ Disciplinaria ☐ Penal ☐ Beneficio de Auditoría ☐ IP ☐ Otras incidencias ☐ ¿Cuál?	
CRITERIOS:	
Fuente de Criterio	Criterio
Decreto 115 de 1996	Artículo 4

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ: En el desarrollo de la auditoría de cumplimiento al INMLCF fue revisado el Presupuesto General del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses INMLCF el cual fue de \$420.821.780.599 en la apropiación final de la vigencia 2024, sin embargo, se evidenció que se dejó de ejecutar \$ 4.000.000.000 equivalente al 0.95%.
COMO: De acuerdo al análisis realizado a la información allegada en la solicitud No. 1 de información y a la recopilada en las diferentes mesas de trabajo y presentación de cada una de las dependencias y sedes visitadas durante el ejercicio auditor.

CAUSA:

Esta situación se presenta por la falta de coordinación con la oficina de contabilidad, presupuesto y planeación, a la hora de realizar el plan anual de inversión para la ejecución del presupuesto del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses INMLCF.

EFEECTO:

Lo anterior genera una inadecuada gestión en el manejo del recurso asignados al Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses INMLCF perdiendo la posibilidad de apropiación, en consecuencia, se afecta la atención a necesidades que requieren priorización para el funcionamiento. De igual manera, inobservancia en la función institucional de planear y ejecutar eficientemente la totalidad de los recursos asignados, incumpliendo la exigencia de los principios presupuestales de anualidad y programación integral a pesar de tener múltiples adiciones presupuestales.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

Las razones por las cuales se dejaron de ejecutar \$ 9.570.698.454, son las siguientes:

El valor de \$2.809.911.612 corresponde al componente de Gastos de Personal, los que se afectan con los pagos derivados de la nómina de los funcionarios de la planta del Instituto.

El saldo que disponible corresponde a situaciones administrativas, no previsibles tales como licencias no remuneradas, renunciaciones, incapacidades por enfermedad general o accidentes de trabajo, licencias de maternidad y paternidad, suspensiones entre otras, las cuales afectan la ejecución del presupuesto asignado.

Sin embargo, es importante mencionar que a 31 de diciembre de 2024 el Instituto cumplió con la afectación de todas las obligaciones derivadas de la nómina de los meses de enero a diciembre de 2024, incluyendo las prestaciones sociales y contribuciones parafiscales a que hubiere lugar.

El valor de \$1.002.278.808 + 507.000 corresponde al componente de Adquisición de Bienes y Servicios los cuales resultaron como saldos de procesos que se adjudicaron al final de la vigencia.

El valor de \$1.222.768.912 corresponde al componente de Transferencias Corrientes:

En el anteproyecto de presupuesto se estimaron recursos por la suma de \$1.500.000.000 para la realización del Congreso de Medicina Legal y Ciencias Forenses; de los cuales \$242.299.091 corresponde a valores sobrantes.

La suma de \$788.194.193 corresponde al rubro de Incapacidades y Licencias de Maternidad; por este concepto se pagan en la nómina mensual las novedades de incapacidades de enfermedad general, accidente laboral, maternidad y paternidad de los funcionarios del Instituto. Por lo anterior el saldo corresponde al reintegro de cobros que se efectúan a las EPS y ARL el cual no es predecible por el Instituto.

La suma de \$192.275.628 corresponde a saldo del rubro de Sentencias y Conciliaciones, después de haber pagado las demandas reportadas por la Oficina de Jurídica y Secretaría General; este rubro tiene destinación específica y no se puede destinar para otro fin.

La suma de \$4.490.397.916 corresponde al componente de Inversión. Para la vigencia 2024 se proyectó recibir recursos por la suma de \$4.000.000.000 derivados de la suscripción del contrato Interadministrativo entre el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF, con objeto "Prestación de servicio de análisis de muestras de sangre, saliva y restos óseos, y emisión de informes periciales en los procesos de investigación biológica con marcadores de ADN en procesos civiles con menores de edad." Situación que no se dio por situaciones ajenas al Instituto.

Al no suscribir el contrato con el ICBF, los \$4.000.000.000 no se recaudaron en la vigencia 2024 y por ende no se ejecutaron presupuestalmente; sin embargo, durante la vigencia se tramitaron solicitudes ante el Ministerio de Hacienda solicitando la reducción del presupuesto en recursos propios, sin embargo, en el Decreto de reducción que efectuó el Gobierno Nacional a final de la vigencia, solo tuvo en cuenta recursos de fuente Nación y no Propios. Es decir, el instituto no podía ejecutar los recursos dado que no se contaban con estos.

Los \$ 490.000.000 por el rubro de inversión, que corresponden al 0.59% sin ejecutar, se relaciona con los saldos de las adjudicaciones en los diferentes procesos de selección por menores valores ofrecidos en relación con el presupuesto de los procesos de selección, en especial en las subastas inversas, licitaciones públicas, menores cuantías y mínimas

cuantías.

Por lo anteriormente expuesto, se evidencia que los recursos no ejecutados corresponden a situaciones de difícil previsión en la entidad y que por su destinación en los diferentes rubros no podían ser usados para otras necesidades.

ANÁLISIS DE LA RESPUESTA:

Una vez revisados y analizados los documentos soporte remitidos por la Entidad, se evidencian debilidades en los mecanismos de control y seguimiento presupuestal y financiero, lo cual afecta el cumplimiento integral de la función institucional de planificación y ejecución eficiente de los recursos asignados. Esta situación genera pérdida de apropiación y contraviene los principios presupuestales de anualidad y programación integral establecidos en el Estatuto Orgánico del Presupuesto.

De acuerdo con la información suministrada, del total de \$9.570.698.454, se comprometieron \$5.570.698.454 en conceptos tales como gastos de personal, adquisición de bienes y servicios, incapacidades y licencias de maternidad, sentencias y conciliaciones, e inversión. Estos compromisos justifican la constitución de remanentes para la vigencia siguiente. No obstante, los \$4.000.000.000 restantes no fueron ejecutados ni comprometidos, y conforme a los soportes presentados, se descarta la configuración de una incidencia disciplinaria.

En consecuencia, la observación se clasifica como hallazgo de tipo administrativo, en virtud de las deficiencias identificadas en la gestión presupuestal que, si bien no constituyen una falta disciplinaria, sí afectan la eficiencia en el uso de los recursos públicos.

La no ejecución de los \$4.000.000.000 no puede considerarse como una simple situación “ajena al Instituto”, sino como una falla estructural en la planeación presupuestal, que compromete la eficiencia en el uso de los recursos públicos.

Aunque no se configura una incidencia disciplinaria, sí se configura un hallazgo administrativo con implicaciones técnicas relevantes que deben ser corregidas mediante:

- Revisión de los criterios de inclusión de ingresos propios en el presupuesto.
- Fortalecimiento de la articulación interinstitucional para asegurar convenios.
- Implementación de alertas tempranas para depuración presupuestal.

Bajo este contexto, el hallazgo se ajusta en su contenido y queda configurado para incluir dentro del Informe de Auditoría de la siguiente manera:

En el desarrollo de la auditoría de cumplimiento al Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF), se revisó el Presupuesto General del Instituto correspondiente a la apropiación final de la vigencia 2024, el cual ascendió a \$420.821.780.599. No obstante, se evidenció que se dejó de ejecutar un monto de \$4.000.000.000, lo que representa el 0.95% del total apropiado.

Hallazgo No.26. Equipo servicio de rayos X en la sede de Medellín

COH_7408_2025-2-AU-CU: Equipo para servicio de rayos X de la sede de Medellín.

INCIDENCIAS:

Administrativa ☒ Fiscal ☐ Disciplinaria ☒ Penal ☐ Beneficio de Auditoría ☐

IP ☐ Otras incidencias ☐

¿Cuál

CRITERIOS:

Fuente de Criterio	Criterio
Ley 09 de 1979	Artículos 108, 109 y 112.
Decreto 284 de 2018	Artículo 2.2.7 A.1.1 y 2.2.7A.2.3 numerales 2 y 4.
Resolución 638 de 2009	Capítulo II numerales del 1-8.
Resolución 000231-DRNO-2025	
Procedimiento ISOLUCION DG-A-P-021 Versión 13	7.4.14 Actividad N. 14
Ley 1952 de 2019	Artículo 38 numeral 1, 5, 22 y 23.

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ:

El grupo auditor observó que el equipo destinado para prestar servicio de radiología en la morgue se encuentra sin ser operado, para lo cual el personal que atendió la diligencia manifestó que se trata de unos equipos que se encuentran para dar de baja, los cuales a la fecha de la visita no contaba con el informe técnico de baja ni solicitud al almacén.



COMO:

En visita técnica realizada a la sede de Medellín del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses los días 17, 18 y 19 de septiembre del presente año, durante el recorrido a las instalaciones y área de la morgue, el grupo auditor evidenció que en la morgue los equipos de rayos x no se encuentran en funcionamiento.

CAUSA:

Esta situación se presenta por falta de controles y aplicabilidad de los procedimientos administrativos internos, así como debilidades en la destinación de recursos de acuerdo a las necesidades requeridas por el instituto, afectando la destinación final de los bienes.

EFFECTO:

Lo anterior, genera que los inventarios estén ocupando espacios físicos, sin realizar gestiones tendientes a darles de bajas y no refleja la información real de la propiedad, planta y equipo en los estados financieros.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

Por lo anteriormente expuesto, se evidencia que los recursos no ejecutados corresponden a situaciones de difícil previsión en la entidad y que por su destinación en los diferentes rubros no podían ser usados para otras necesidades.

De los equipos solamente uno será objeto de baja por obsolescencia, el cual se encuentra pendiente de concepto técnico por parte de servicios técnicos especializados, y el otro equipo se realizará el cambio de digitalizador que tiene un costo aproximado de \$62.000.000 de conformidad con la visita realizada por el Ing. Jorge Infante del área de servicios técnicos especializados el día 3 de octubre de 2025, de dicha visita estamos pendientes que nos alleguen la información del concepto técnico de uno de los equipos y de la especificaciones técnicas y cotizaciones que se requieren para la consecución de los recursos y posterior adquisición de repuestos (digitalizador) para el otro equipo.

ANÁLISIS DE LA RESPUESTA:

En relación con la respuesta del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, si bien se allegaron soportes que indican el cumplimiento de los procedimientos de baja, se constató que el lleno de los requisitos y la gestión para la disposición final de los bienes aptos se adelantaron con posterioridad a la visita de la Contraloría General de la República (CGR).

Además, se verificó que los equipos observados por el grupo auditor llevan varios meses pendientes de su baja. Este tiempo prolongado genera una desactualización de la información reportada al almacén y un riesgo significativo, ya que dichos bienes se encuentran ubicados a la intemperie. Esta ubicación no solo acelera el deterioro, sino que también genera riesgos de accidente.

Teniendo en cuenta lo expuesto, no se evidencian acciones suficientes ni efectivas para concluir la baja de los equipos requeridos, a pesar de contar con los requisitos formales. La tardanza en la gestión no desvirtúa lo reprochado en la observación inicial y las razones presentadas no son suficientes para justificar la falta de gestión, control y manejo adecuado de estos bienes.

Por consiguiente, y según lo manifestado por la entidad en sus respuestas, esta observación se confirma como hallazgo y se mantiene la incidencia disciplinaria.

Hallazgo No.27. Laboratorio de Grafología pantalla de equipo pendiente de baja

COH_7409_2025-2-AU-CU: Laboratorio de Grafología pantalla de equipo pendiente de baja

INCIDENCIAS:

Administrativa ☒ Fiscal ☐ Disciplinaria ☒ Penal ☐ Beneficio de Auditoría ☐

IP ☐ Otras incidencias ☐

¿Cuál?

CRITERIOS:

Fuente de Criterio	Criterio
Ley 09 de 1979	Artículos 108, 109 y 112.
Decreto 284 de 2018	Artículo 2.2.7 A.1.1 y 2.2.7A.2.3 numerales 2 y 4.
Resolución 638 de 2009	Capítulo II numerales del 1-8.
Resolución 000231-DRNO-2025	
Procedimiento ISOLUCION DG-A-P-021 Versión 13	7.4.14 Actividad N. 14
Ley 1952 de 2019	Artículo 38 numeral 1, 5, 22 y 23.

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ:

El grupo auditor en el recorrido al laboratorio de Grafología identifico que la pantalla de un equipo de cómputo se encontraba en una bolsa negra de basura, para lo cual el personal que atendió la diligencia manifestó que se encontraba para dar de baja y que para la fecha no contaba con concepto técnico por parte del área, ni solicitud de traslado al almacén.



COMO:

En visita técnica realizada a la sede de Medellín del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses los días 17, 18 y 19 de septiembre del presente año, durante el recorrido al laboratorio de Grafología, el grupo auditor evidenció un equipo de cómputo se encontraba en una bolsa negra de basura y el personal que atendió la diligencia contextualizó lo ocurrido.

CAUSA:

Esta situación se presenta por falta de coordinación de las dependencias, fallas en la planeación entre el almacén y el laboratorio de grafología.

EFFECTO:

Lo anterior, genera acumulación de los elementos que se pueden dar de baja Y traumatismo en la operación administrativa.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

El regional Noroccidente cuenta con un cronograma de bajas para la vigencia 2025, este elemento se encuentra en proceso de desagregación del equipo principal para lo que se requiere las cotizaciones con el fin de valorizar la parte y así proceder con el trámite de desagregación, posterior concepto técnico y traslado al almacén.

Por lo anterior la baja se encuentra en el trámite correspondiente y acorde con la programación del proceso de baja.

ANÁLISIS DE LA RESPUESTA:

En relación con la respuesta del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, si bien se allegaron soportes que indican el cumplimiento de los procedimientos de baja, se constató que el lleno de los requisitos y la gestión para la disposición final de los bienes aptos se adelantaron con posterioridad a la visita de la Contraloría General de la República (CGR).

Además, se verificó que los equipos observados por el grupo auditor llevan varios meses pendientes de su baja. Este tiempo prolongado genera una desactualización de la información reportada al almacén y un riesgo significativo, ya que dichos bienes se encuentran ubicados a la intemperie. Esta ubicación no solo acelera el deterioro, sino que también genera riesgos de accidente.

Teniendo en cuenta lo expuesto, no se evidencian acciones suficientes ni efectivas para concluir la baja de los equipos requeridos, a pesar de contar con los requisitos formales. La tardanza en la gestión no desvirtúa lo reprochado en la observación inicial y las razones presentadas no son suficientes para justificar la falta de gestión, control y manejo adecuado de estos bienes.

Por consiguiente, y según lo manifestado por la entidad en sus respuestas, esta observación se confirma como hallazgo y se mantiene la incidencia disciplinaria.

Hallazgo No.28. Laboratorio de Genética equipo sin funcionar y pendiente de baja.

COH_7412_2025-2-AU-CU: Laboratorio de Genética equipo sin funcionar y pendiente de baja.	
INCIDENCIAS:	
Administrativa ☒	Fiscal ☐ Disciplinaria ☒ Penal ☐ Beneficio de Auditoría ☐
IP ☐	Otras incidencias ☐
¿Cuál?	
CRITERIOS:	
Fuente de Criterio	Criterio
Ley 09 de 1979	Artículos 108, 109 y 112.
Decreto 284 de 2018	Artículo 2.2.7 A.1.1 y 2.2.7A.2.3 numerales 2 y 4.
Resolución 638 de 2009	Capítulo II numerales del 1-8.
Resolución 000231-DRNO-2025	
Procedimiento ISOLUCION DG-A-P-021 Versión 13	7.4.14 Actividad N. 14
Ley 1952 de 2019	Artículo 38 numeral 1, 5, 22 y 23.

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ:

El grupo auditor en el recorrido al laboratorio de Genética identifico un equipo que desde el 30 de abril del año 2024 no se encontraba en funcionamiento, para lo cual el personal que atendió la diligencia manifestó que se encontraba para dar de baja y que para la fecha no contaba con concepto técnico por parte del área, ni solicitud de traslado al almacén.



COMO:

En visita técnica realizada a la sede de Medellín del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses los días 17, 18 y 19 de septiembre del presente año, durante el recorrido al laboratorio de Genética, el grupo auditor evidenció un equipo que desde el 30 de abril del año 2024 no se encontraba en funcionamiento.

CAUSA:

Esta situación se presenta por falta de coordinación de las dependencias, fallas en la planeación entre el almacén y el laboratorio de grafología.

EFEECTO:

Lo anterior, genera acumulación de los elementos que se pueden dar de baja y traumatismo en la operación administrativa.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

Si bien el elemento no se ha dado de baja, se han realizado las gestiones para incluirlas en el proceso, dado que para iniciar este se requiere el concepto especializado, el cual se está gestionando con el Grupo Nacional de Servicios Técnicos dentro de la programación de mantenimientos a nivel nacional. El traslado a almacén no se puede surtir hasta no cumplir con la totalidad de requisitos que se definen en el procedimiento.

Entre las gestiones realizadas se solicitó al área administrativa de la Regional, la revisión del equipo ultra congelador marca ESCO, No. inventario: 904466 ubicado en el área de amplificadores ya que no estaba enfriando y se encontraba por fuera de especificaciones. Se realizó la revisión del equipo y se informó que por sus condiciones debía darse de baja, por lo cual está en trámite el concepto técnico para la baja y el reintegro del equipo al almacén.

ANÁLISIS DE LA RESPUESTA:

En relación con la respuesta del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, si bien se allegaron soportes que indican el cumplimiento de los procedimientos de baja, se constató que el lleno de los requisitos y la gestión para la disposición final de los bienes aptos se adelantaron con posterioridad a la visita de la Contraloría General de la República (CGR).

Además, se verificó que los equipos observados por el grupo auditor llevan varios meses pendientes de su baja. Este tiempo prolongado genera una desactualización de la información reportada al almacén y un riesgo significativo, ya que dichos bienes se encuentran ubicados a la intemperie. Esta ubicación no solo acelera el deterioro, sino que también genera riesgos de accidente.

Teniendo en cuenta lo expuesto, no se evidencian acciones suficientes ni efectivas para concluir la baja de los equipos requeridos, a pesar de contar con los requisitos formales. La tardanza en la gestión no desvirtúa lo reprochado en la observación inicial y las razones presentadas no son suficientes para justificar la falta de gestión, control y manejo adecuado de estos bienes.

Por consiguiente, y según lo manifestado por la entidad en sus respuestas, esta observación se confirma como hallazgo y se mantiene la incidencia disciplinaria.

Hallazgo No.29. Almacén General de Medellín

COH_7413_2025-2-AU-CU: Almacén General Medellín

INCIDENCIAS:

Administrativa

☒

Fiscal

☐

Disciplinaria

☐

Penal

☐

Beneficio de Auditoría

☐

IP

☐

Otras incidencias

☐

¿Cuál?

CRITERIOS:

Fuente de Criterio	Criterio
Ley 09 de 1979	Artículos 108 y 109
Decreto 284 de 2018	Artículo 2.2.7 A. 1.1 Y 2.2.7ª.2.3 numerales 2 y 4
Decreto 1072 de 2015	Numeral 2.5 Recursos

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ:

Durante el recorrido realizado en la visita técnica, se observó el lugar que tiene en arrendamiento para que funcione el almacén general y se evidenció que, las condiciones físicas de almacenamiento no son las adecuadas y no cumple con la buenas prácticas de almacenamiento (BPA), es decir asegurando que los materiales y sustancias se conserven en óptimas condiciones para mantener su calidad y seguridad, esto implica un espacio cómodo, amplio y riguroso del inventario, un manejo adecuado de los productos, una distribución organizada y que se ajuste a las normas de buenas prácticas de almacenamiento, toda vez que esta regional maneja un volumen amplio de elementos.





COMO:

Durante la visita técnica realizada a la sede de Medicina Legal ubicada en la ciudad de Medellín los días 17, 18 y 19 de septiembre del año en curso, general y se evidenció que, las condiciones físicas de almacenamiento no son las adecuadas y no cumple con las buenas prácticas de almacenamiento (BPA).

CAUSA:

La situación descrita, se presenta por falta de planificación y organización de los espacios que se contrató para el almacén general, y falta de coordinación de la parte de contratación con almacén general.

EFFECTO:

Esto genera que existan riesgos para los trabajadores, su salud y seguridad, además que se puede aumentar el riesgo de incendios y accidentes laborales.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

La sede de la Regional Noroccidente en Medellín no cuenta con espacios adecuados para una bodega de almacén, por lo cual fue necesario para la vigencia 2024, 2025 y 2026 suscribir un contrato de arrendamiento de conformidad con el presupuesto asignado.

Es de anotar, que para la fecha de inicio del contrato, la capacidad de almacenamiento de la bodega era suficiente para el volumen de insumos que manejaba la regional Noroccidente, actualmente las cantidades de elementos han aumentado, conforme la demanda para la prestación de servicio y la asignación de recursos para la adquisición de bienes, quedando dicho espacio insuficiente.

El Instituto ha realizado gestiones con la SAE y a la fecha aplicamos para la entrega de un predio que nos permite solventar la problemática, estamos pendientes de la aprobación.

ANÁLISIS DE LA RESPUESTA:

Según lo manifestado por el Instituto Nacional de medicina Legal y Ciencias Forenses, donde aclara que fue necesario suscribir un contrato para las vigencias 2024, 2025 y 2026 para una bodega de almacén, no se realizó la suficiente planeación y organización de los espacios que se contrató, porque en tan solo un año el volumen de insumos, las cantidades de elementos han superado las características de lo contratado, por otro lado, y a pesar del volumen desbordado, no se cuenta con los las condiciones físicas de almacenamiento y no cumple con la buenas prácticas de almacenamiento.

Es así como la observación se configura como hallazgo.

Hallazgo No.30. Necro móvil sede Medellín

COH_7415_2025-2-AU-CU: Necro móvil sede Medellín

INCIDENCIAS:

Administrativa

☒

Fiscal

☐

Disciplinaria

☐

Penal

☐

Beneficio de Auditoría

☐

IP

☐

Otras incidencias

☐

¿Cuál?

CRITERIOS:
Fuente de Criterio
Criterio

Ley 09 de 1979

Artículo 112

Ley 938 de 2004

Artículo 36 Numeral 1 y 5

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ:

Durante el recorrido a las instalaciones de la sede de Medellín, el equipo auditor observó que el vehículo denominado "Necro Móvil", diseñado para servir como sala de necropsia provisional y apoyar a las Unidades Básicas en la realización de procedimientos, se encuentra expuesto permanentemente a las inclemencias del sol y la lluvia en condiciones no aptas. Esto ha llevado a que el vehículo pierda su funcionalidad original y sea utilizado como bodega, desaprovechando su propósito inicial para el cual fue donado.


COMO:

En visita técnica realizada a la sede de Medellín del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses los días 17, 18 y 19 de septiembre del presente año, el equipo auditor observó que el vehículo denominado "Necro Móvil" se encuentra expuesto a riesgos climatológicos y no cumpliendo su función principal.

CAUSA:

Lo anterior se presenta por falta de administración, coordinación, conservación y gestión por parte del nivel central del INMLCF para alcanzar los fines estatales y salvaguardar los bienes a su disposición y poder reasignar los elementos priorizando los sectores menos

desfavorecidos.

EFFECTO:

Lo anterior, genera que los bienes se deterioren rápidamente recortando su vida útil, a su vez dejando de prestar los servicios misionales en otras partes del territorio nacional.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

La unidad móvil está destinada para ser instalada en la Unidad Básica de Segovia – Remedios, dado que esta Unidad Básica no cuenta con una morgue para la realización de necropsias medicolegales.

Actualmente, se está a la espera de que los municipios involucrados (Segovia o Remedios) realice la adecuación de un área que cumpla con los requisitos mínimos para la puesta en funcionamiento de la unidad móvil, como un hangar, la disposición de una trampa de grasas para el vaciado de aguas utilizadas durante los procedimientos. Esta gestión se ha venido adelantando mediante comunicación directa con las administraciones municipales, buscando su colaboración interinstitucional.

Respecto al resguardo del vehículo, se aclara que si bien se cuenta con un espacio limitado de parqueadero en la sede, no es posible construir nuevos techos debido a restricciones normativas de ocupación establecidas por la oficina de planeación municipal. Adicionalmente, el Instituto no cuenta con recursos suficientes para asumir el arrendamiento de un parqueadero techado, dado que los recursos asignados a la Regional deben ser destinados prioritariamente al cumplimiento de los fines misionales.

Se continuará con la gestión ante los entes territoriales para lograr la adecuación del espacio requerido.

ANÁLISIS DE LA RESPUESTA:

En relación con la respuesta presentada por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses sobre las circunstancias que generaron la observación, se evidencia que la Entidad no aportó soportes ni información que aclare o justifique el estado actual del Necromóvil, ni su pérdida de funcionalidad original.

Esta omisión no explica la razón por la cual el vehículo está siendo utilizado como bodega, lo que constituye un desaprovechamiento de su propósito inicial para el cual fue donado.

Por esta razón, y ante la falta de aclaración y justificación de la situación reprochada, se mantiene la observación y se configura como hallazgo.

Hallazgo No.31. Máquina de turnos de Medellín

COH_7417_2025-2-AU-CU: Máquina de turnos de Medellín

INCIDENCIAS:

Administrativa ☒ Fiscal ☐ Disciplinaria ☐ Penal ☐ Beneficio de Auditoría ☐
IP ☐ Otras incidencias ☐

¿Cuál?

CRITERIOS:

Fuente de Criterio	Criterio
Ley 938 de 2004	Artículo 36, numeral 1.
Resolución 000231-DRNO-2025	

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ:

El grupo auditor en el recorrido que se realizó en la regional de Medellín, identifico que en la sede se adquirieron dos (2) máquinas de turno, de la cuales una de ellas, no se encuentra prestando el servicio correspondiente.



COMO:

En visita técnica realizada a la sede de Medellín del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses los días 17, 18 y 19 de septiembre del presente año, durante el recorrido se evidencio que la máquina de asignación de turnos no se encuentra en funcionamiento.

CAUSA:

Esta situación se presenta por falta de continuidad a los contratos, fallas en la custodia, administración de las necesidades de las más sedes donde no cuentan con esta misma tecnología y asignación de los recursos para atender las necesidades de la entidad.

EFFECTO:

Lo que afecta la atención del servicio de manera eficiente y adecuada a los visitantes del INMLCF generando el deterioro de equipos ante la falta de uso.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

En atención a la observación señalada, se informa que inicialmente se adquirió un equipo de gestión de turnos (Digi Turno) para optimizar la atención en el área de información a personas fallecidas y/o desaparecidas. Sin embargo, debido a situaciones de seguridad y altercados ocurridos en el entorno de atención, se tomó la decisión de modificar el flujo de ingreso de los usuarios, estableciendo el acceso individualmente y en orden de llegada. Esta medida, aunque necesaria, limitó la funcionalidad del equipo, reduciendo su utilidad en el contexto original.

No obstante, se ha previsto el traslado del dispositivo al área de Clínica de la Seccional Córdoba, donde se ha identificado una oportunidad para que el equipo preste un servicio eficiente y acorde a las necesidades operativas del área.

ANÁLISIS DE LA RESPUESTA:

Según lo manifestado en su respuesta por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, la entidad acepta que la máquina de turnos ubicada en esta regional presenta problemas de eficiencia. La entidad tiene previsto su traslado al área de Clínica de la Seccional Córdoba, donde se considera que el equipo prestará un servicio eficiente y optimizará la atención a los usuarios, acorde con las necesidades operativas del área.

No obstante, dado que el traslado y la optimización son acciones futuras y la situación descrita no ha sido corregida en el momento de la respuesta, la observación se mantiene y se configura como hallazgo

Hallazgo No.32. Zona de recuperación de Balística Medellín
COH_7419_2025-2-AU-CU: Zona de Recuperación de Balística Medellín
INCIDENCIAS:

Administrativa ☒ Fiscal ☐ Disciplinaria ☐ Penal ☐ Beneficio de Auditoría ☐

IP ☐ Otras incidencias ☐

¿Cuál?

CRITERIOS:

Fuente de Criterio	Criterio
Ley 938 de 2004	Artículo 36, numeral 1.
Resolución 000231-DRNO-2025	

SITUACIÓN DETECTADA:
QUÉ:

Durante el recorrido a las instalaciones de la sede de Medellín, el equipo auditor observó que la zona de Balística se encuentra en un estado de deterioro, ya que cuenta con un equipamiento obsoleto e insuficiente, un sistema de extracción y ventilación deficiente, el espacio no es el adecuado y la iluminación y la acústica no corresponden para la ejecución de pruebas y la protección del personal.



COMO:

En visita técnica realizada a la sede de Medellín del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses los días 17, 18 y 19 de septiembre del presente año, durante el recorrido se evidencio que la zona de Balística se encuentra en un estado de deterioro.

CAUSA:

Esta situación se presenta por falta de priorización de las necesidades de las sedes, de planificación y asignación de los recursos para atender los procesos misionales de la Entidad.

EFECTO:

Podría afectar la atención del servicio de manera eficiente y adecuada, posibles riesgos para los funcionarios que adelantan las pruebas en esta zona y la garantía de los tiempos de respuesta a las solicitudes.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

En atención a la observación realizada por la Contraloría General de la Nación respecto a las condiciones físicas y de seguridad del área de recuperación de proyectiles de balística, nos permitimos realizar las siguientes aclaraciones:

Sobre la Insonorización, el área en mención se encuentra ubicada en una zona aislada, sin oficinas ni personal adyacente, lo que mitiga cualquier riesgo de afectación por ruido hacia otras dependencias o funcionarios. Además, el uso del equipo de recuperación de proyectiles es esporádico y no continuo, lo que reduce significativamente la exposición al ruido.

Los funcionarios que manipulan este equipo cuentan con todos los elementos de protección personal requeridos, incluyendo protección auditiva y visual, conforme a los lineamientos establecidos por el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. Por lo tanto, no se considera necesaria la insonorización adicional del espacio.

Frente a las condiciones de humedad y pisos, esta situación se encuentra en diagnóstico para el plan de infraestructura 2026.

ANÁLISIS DE LA RESPUESTA:

En la respuesta aportada por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, la Entidad solo logra aclarar una de las circunstancias que motivaron la observación, referente a la insonorización de la zona de recuperación de Balística.

Sin embargo, la respuesta no aborda, aclara ni soporta la situación de deterioro general, el equipamiento obsoleto e insuficiente, el sistema de extracción y ventilación deficiente, el espacio inadecuado y la iluminación incorrecta para la ejecución de pruebas y la protección del personal.

Además, en relación con los problemas de humedad y de pisos, la Entidad indica que esta situación apenas se encuentra en etapa de diagnóstico para ser incluida en el plan de infraestructura de la vigencia 2026.

Al no corregir la totalidad de las deficiencias reprochadas y solo contar con un plan de diagnóstico a futuro, se mantiene la observación y esta se configura como hallazgo.

Hallazgo No.33. Archivo sede Medellín
COH 7422_2025-2-AU-CU: Archivo sede Medellín
INCIDENCIAS:

Administrativa

☒

Fiscal

☐

Disciplinaria

☐

Penal

☐

Beneficio de Auditoría

☐

IP

☐

Otras incidencias

☐

¿Cuál?

CRITERIOS:

Fuente de Criterio	Criterio
Ley 09 de 1979	Artículos 108 y 109
Ley 87 de 1993	Artículo 2 literales b, d y f.
Ley 594 de 2000	Artículos 11 y 12.
Acuerdo 42 de 2002 Archivo General de la Nación	Artículo 3

SITUACIÓN DETECTADA:
QUÉ:

Durante el recorrido realizado en la visita técnica, se observó que los lugares que funcionan como archivo en la sede no cuentan con las condiciones físicas ni las adecuadas para la custodia de los documentos. Conforme a las normas archivísticas, es fundamental considerar las condiciones de preservación, control de los archivos y características climáticas de la zona, especialmente en lo que respecta a la humedad y ventilación, ya que estas variables pueden afectar directamente la integridad y conservación de los documentos. La falta de control en estos aspectos puede generar daños irreparables, como la degradación del papel, la formación de moho y la pérdida de información valiosa.

COMO:

Durante la visita técnica realizada a la sede de Medicina Legal ubicada en la ciudad de Sincelejo

en el departamento de Sucre los días 15, 16 y 17 de septiembre del año en curso, se verificó que las carpetas se encuentran sin ventilación y sin ninguna protección.

CAUSA:

La situación descrita, se presenta por deficiencias en la custodia, preservación y control del archivo, por debilidades en la planeación y seguimiento por parte del responsable idóneo para dicha función y falencias en condiciones de accesibilidad, continuidad, pertinencia, seguridad y efectividad en el uso de los recursos y espacios físicos para tal fin; además de la aplicación adecuada de la normatividad archivística.

EFFECTO:

Esto genera que existan riesgos de pérdida o afectación de los expedientes por deterioro de estos, debido a la temperatura de la zona, ya que las condiciones del espacio carecen de las medidas adecuadas para dicho propósito. De igual manera, genera un riesgo de eficiencia y oportunidad en la tenencia documental y posible desactualización en la información, propios de los procesos judiciales.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

En atención a la observación realizada por la Contraloría General de la Nación respecto a las condiciones de conservación de los documentos en el archivo central de la Dirección Regional Noroccidente, nos permitimos informar lo siguiente:

Históricamente, no se ha presentado ningún caso de deterioro documental ni se han evidenciado patologías en los documentos resguardados en dicho archivo. Esta situación ha sido constante a lo largo del tiempo, lo que indica que las condiciones de humedad y temperatura han sido adecuadas para la conservación de los documentos.

No obstante, en el marco del compromiso institucional con la mejora continua y la prevención de riesgos, se ha decidido proceder con la instalación de un sistema de aire acondicionado en el archivo central. Esta acción se realizará utilizando los recursos asignados para la presente vigencia, respaldados por el correspondiente Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP 223125 de fecha 2025-10-15, por \$64.000.000), proceso que se estaría ejecutando en el mes de noviembre.

Con esta medida se busca fortalecer aún más las condiciones de conservación documental, garantizando la protección del patrimonio documental de la entidad y cumpliendo con los estándares establecidos en el Sistema de Gestión de Calidad.

ANÁLISIS DE LA RESPUESTA:

De acuerdo con la respuesta de la Entidad, se evidencia que el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses ha motivado una reglamentación interna que incluye los preceptos legales en materia de archivo documental y ha expuesto las diferentes gestiones adelantadas y las que se proyectan realizar a futuro.

No obstante, se requiere que este procedimiento y las acciones planteadas continúen implementándose de manera efectiva y adecuada en todas las regionales. Es fundamental que los funcionarios a cargo de esta materia aseguren la óptima tenencia y disposición de los documentos, conforme a las tablas de retención documental, a fin de minimizar el riesgo de pérdida y/o deterioro de la información.

Por lo tanto, si bien se reconocen las gestiones del ente auditado, las razones expuestas no son suficientes para desvirtuar la observación, ya que la implementación y el aseguramiento del control aún son procesos en curso. En consecuencia, la observación se valida como hallazgo y se desestima la incidencia disciplinaria

Hallazgo No.34. Cromatógrafo sin acta de donación Medellín

COH_7425_2025-2-AU-CU: Cromatógrafo sin acta de donación Medellín

INCIDENCIAS:

Administrativa ☒ Fiscal ☐ Disciplinaria ☐ Penal ☐ Beneficio de Auditoría ☐
 IP ☐ Otras incidencias ☐

¿Cuál?

CRITERIOS:

Fuente de Criterio	Criterio
Ley 09 de 1979	Artículos 108 y 109
Ley 87 de 1993	Artículo 2 literales b, d y f.
Ley 594 de 2000	Artículos 11 y 12.

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ:

Durante el recorrido realizado en la visita técnica a la sede de Medellín, se observó que un cromatógrafo que fue comprado por la alcaldía de Medellín ubicado y entregado al instituto Nacional de Medicina Legal, cuyo equipo se encuentra ubicado en el laboratorio de grafología identificado con número de serie QTOF: SG2431Z105 de marca AGILENT TECHNOLOGIES, no cuenta con acta de donación ni con el recibido a satisfacción por parte del fabricante.


COMO:

En visita técnica realizada a la sede de Medellín del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses los días 17, 18 y 19 de septiembre del presente año, durante el recorrido se observó que el cromatógrafo que fue comprado por la alcaldía de Medellín y entregado al instituto nacional de medicina legal, no cuenta con acta de donación ni con el recibido a satisfacción por parte del fabricante.

CAUSA:

Esta situación se presenta por falta de coordinación entre las diferentes sedes seccionales, regionales y nivel central, además de falta de seguimiento y control por parte de los responsables de las diferentes áreas y el encargado del almacén general en cuanto al control de los bienes que se encuentran en prestación de servicio.

EFEECTO:

Lo anterior, podría generar pérdida, deterioro y falta de control de los diferentes activos que se encuentran a cargo del Instituto, además de no tener claridad quien es el responsable al momento de algún siniestro con el equipo y cubrimiento de las pólizas correspondientes.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

En el marco del convenio suscrito entre la Secretaría de Seguridad y Convivencia del Distrito de Medellín y el INMLCF, se adelantó la adquisición, instalación, puesta en funcionamiento y capacitación para su operación, de un cromatógrafo líquido de alta resolución acoplado a espectrómetro de masas, destinado al Laboratorio de Toxicología del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses – Regional Noroccidente. Durante la capacitación técnica, realizada en el primer trimestre del año 2025, se evidenció un consumo anómalo y superior al esperado de una solución de referencia (“TUNE”), lo que generó la necesidad de escalar el caso al fabricante (Agilent Technologies) por parte del proveedor KHYMOS, con el fin de determinar la causa del comportamiento irregular.

A partir del análisis conjunto entre la casa matriz y la empresa proveedora, se identificó que la situación obedece a un ajuste requerido en el software del equipo, que ha sido reportado en otros equipos de la misma línea tecnológica instalados en Brasil. En virtud de esta circunstancia, y mientras se ejecutaban las acciones correctivas bajo la cobertura de la garantía, el Instituto no ha suscrito el acta de recepción a satisfacción, toda vez que se busca garantizar el pleno funcionamiento y confiabilidad del sistema analítico antes de su incorporación formal al inventario institucional.

En reunión sostenida entre el supervisor del contrato de la Alcaldía de Medellín, Coordinador del GRAF y el área técnica del Instituto, se acordó proceder con la donación formal del equipo al Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, incluyendo en el acta de entrega material, una cláusula especial que deje constancia de la situación técnica presentada y de que la empresa KHYMOS asumirá los costos asociados al consumo adicional de la solución de referencia, así como la actualización del software. De esta forma, se asegura que la entrega del equipo se realice en condiciones adecuadas y bajo los mecanismos de garantía establecidos, preservando la transparencia y la correcta administración de los recursos públicos.

El día jueves 16 de octubre de 2025, el supervisor del contrato el doctor Juan Carlos Campo Hernández envió el acta de donación para su revisión, la cual posteriormente fue trasladada al área de compras y contratación y a la coordinación de Ciencias Forenses igualmente para su revisión, estando pendiente a la fecha 20 de octubre de 2025, la revisión por parte de la Dirección Regional y remisión ante la Secretaría General para su correspondiente revisión y suscripción, a fin de que se legalice el traslado de dominio del equipo por parte de la alcaldía al IMLyCF. Se adjunta evidencia.

ANÁLISIS DE LA RESPUESTA:

De acuerdo con lo expresado por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, el mismo menciona un proceso de donación, refiriendo que el documento se encontraba pendiente de la revisión de la Dirección Regional y de la Secretaría General a la fecha del 20 de octubre de 2025.

Sin embargo, al revisar la evidencia, se constató una contradicción en las fechas suministradas por el Instituto. La entidad menciona el 16 de octubre de 2025 como fecha de envío, cuando el acta de donación de bienes fue suscrita por quienes intervinieron el 22 de agosto de 2025 (casi dos meses antes).

A pesar de contar con el proyecto para realizar la donación, el documento no está perfeccionado debido a la falta de firma de todas las partes intervinientes. Esta omisión ha impedido protocolizar la donación y, por ende, el traslado efectivo de los bienes al Instituto a la fecha de la respuesta de

esta observación.

Atendiendo a lo anteriormente expuesto, y ante la dilación en la gestión y la imprecisión de la información, se mantiene la observación y se configura como hallazgo

Hallazgo No.35. Cuarto de Insumos Santa Marta

COH 7436 2025-2-AU-CU: Cuarto de Insumos Santa Marta

INCIDENCIAS:

Administrativa ☒ Fiscal ☐ Disciplinaria ☐ Penal ☐ Beneficio de Auditoría ☐
 IP ☐ Otras incidencias ☐

¿Cuál?

CRITERIOS:

Fuente de Criterio	Criterio
Decreto 1072 de 2015	Numeral 2.5 Recursos
Política de Seguridad y Salud en el Trabajo	2.2.4.6.5

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ:

Durante el recorrido realizado en la visita técnica a la sede de Santa Marta, se inspeccionó el cuarto de insumos, el cual no contaba con ventilación natural ni artificial, se constató que los productos químicos no estaban debidamente identificados ni clasificados.



COMO:

En visita técnica realizada a la sede de Santa Marta del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses los días 22 y 23 de septiembre del 2025, durante el recorrido realizado el equipo auditor inspecciono el cuarto de insumos.

CAUSA:

Esta situación se presenta por falta de comunicación y seguimiento entre las áreas misionales del instituto y la dirección regional.

EFEECTO:

Lo anterior puede generar riesgos para la salud de los funcionarios, accidentes y exposiciones a sustancias peligrosas, además puede generar una afectación de la calidad de los servicios y productos que presta el Instituto.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

Con relación a la ventilación del cuarto de insumos, se gestionó la instalación de un sistema de extracción mecánica (extractor) con el fin de garantizar una ventilación adecuada del espacio, conforme a los estándares de bioseguridad, salud ocupacional y manejo seguro de sustancias químicas.

En cuanto a la identificación y clasificación de productos químicos, se llevó a cabo una revisión y organización integral de los insumos almacenados en el servicio de histotecnología, con base en:

- Su naturaleza (Tipo de sustancia).
- Nivel de riesgo (según clasificación).
- Condiciones de almacenamiento recomendadas

Esta clasificación se realizó conforme a los lineamientos establecidos por el Sistema Globalmente Armonizado (SGA) de clasificación y etiquetado de productos químicos, mejorando así la gestión, trazabilidad y seguridad en el almacenamiento y uso de estos insumos.

Adicionalmente, se implementaron etiquetas visibles y señalización preventiva en el área, y se reforzaron los procedimientos internos de inventario y control de insumos, alineados con las normas internas del Instituto y la normativa vigente en materia de salud y seguridad en el trabajo.

ANÁLISIS DE LA RESPUESTA:

Según lo manifestado por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses respecto a las circunstancias observadas, la entidad solo logra subsanar parcialmente la observación en cuanto a la identificación y clasificación de productos químicos, esto fue soportado mediante un registro fotográfico que evidencia la revisión y organización integral de los insumos almacenados en el servicio de histotecnología.

Sin embargo, con respecto a la deficiencia en la ventilación natural o artificial que afecta el cuarto de insumos, si bien la entidad mencionó un sistema de extracción en su respuesta, no fue posible identificar ni verificar dicho sistema de extracción mecánica, a pesar de las tres fotografías anexadas.

Teniendo en cuenta que la situación reprochada sobre la ventilación no fue demostrada ni subsanada, se mantiene la observación y esta se configura como hallazgo.

Hallazgo No.36. Equipo de Rayos X Antropología sede Neiva

COH_8029_2025-2-AU-CU: Equipo de Rayos X Antropología sede Neiva	
INCIDENCIAS: Administrativa ☒ Fiscal ☐ Disciplinaria ☐ Penal ☐ Beneficio de Auditoría ☐ IP ☐ Otras incidencias ☐ ¿Cuál?	
CRITERIOS:	
Fuente de Criterio	Criterio
Ley 09 de 1979	Artículo 112
Ley 938 2004	Artículo 36 Numerales 1 y 5.
Resolución 638 de 2009	Capítulo II artículo 6

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ:

Durante el recorrido por la sede de Neiva del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses y a lo indicado por las personas que atendieron la diligencia, se constató que, en el área de Antropología, el equipo de Rayos X que se encuentra allí no está en funcionamiento desde el mes de enero del año en curso, el cual fue recibido en donación por parte de la Comisión Internacional de la Cruz Roja en el año 2023, por una falla, debida presuntamente a la presencia de un objeto extraño y actualmente se encuentra en estudio la cobertura de la garantía.



COMO:

En visita adelantada en la sede de Neiva del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses el día 14 de octubre de 2025, se realizó una inspección visual y técnica donde se pudo evidenciar que, en el área de antropología, se encontraba un equipo de Rayos X fuera de funcionamiento.

CAUSA:

Esta situación se presenta por la falta de asignación de recursos para mantenimiento de los equipos que fueron instalados, adecuación de los lugares asignados para la custodia de los bienes conforme a las necesidades que así lo ameriten y seguimiento de los bienes.

EFEECTO:

La falta de funcionamiento del equipo de Rayos X puede generar retrasos en la evacuación de los casos asignados, oportunidad y efectividades de los análisis en la detección de patologías, identificación y demás aspectos importantes que son propios del área.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

El daño en el equipo de Rx corresponde a un hecho fortuito y no por falta de mantenimiento, en la actualidad en proceso administrativo para la reparación. El mantenimiento del equipo de Rayos X marca AGFA DR-100e 32 KW DIGITAL +/- Rotating Column, serie 40164, fue programado para la vigencia 2025, conforme se encuentra registrado en el Plan Anual de Adquisiciones publicado por la Entidad el 13 de enero de 2025, en la línea 133, bajo la descripción: "Prestar el servicio de mantenimiento preventivo de equipos de Rayos X del área de Patología y Antropología a nivel nacional con inclusión de repuestos, del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses".

El proceso contractual para su reparación fue publicado el 2 de septiembre de 2025 bajo el número de proceso MiC-017-SG-2025 – línea 484, denominado: "Prestar el servicio de mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos de Rayos X de los servicios de Patología y Antropología del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses a nivel nacional", posterior a surtir los procesos administrativos de revisión de daños, análisis de cubrimiento por pólizas y cotizaciones. Lo anterior se encuentra debidamente soportado en los documentos del proceso. Se adjuntan soportes.

De igual manera, se precisa que el equipo se encuentra ubicado dentro del Laboratorio de Antropología Forense, en un cuarto que cuenta con su respectiva puerta plomada de seguridad. Estas áreas poseen control de acceso restringido, conforme a los protocolos internos de seguridad institucional. Así mismo, en dichas instalaciones se realizan jornadas mensuales de fumigación y control de roedores, garantizando condiciones adecuadas de salubridad y protección para el equipo. Se adjunta documentación fotográfica que evidencia la ubicación y las condiciones físicas del cuarto donde se encuentra instalado el equipo.

Con base en lo anterior, se deja constancia que el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, ha destinado los recursos correspondientes dentro del proyecto de inversión para el mantenimiento de los equipos de Rayos X y dispone de un espacio adecuado para su custodia, preservación y funcionamiento.

Por otra parte, se ha continuado con la toma de radiografías para el continuo análisis antropológico con el apoyo de los equipos de rayos X de la regional Bogotá sin perjuicio de retrasos. Se adjunta soportes.

ANÁLISIS DE LA RESPUESTA:

Teniendo en cuenta la respuesta otorgada por el Instituto de Medicina Legal, mediante la cual manifiesta las razones por las cuales a la fecha de la visita se encontraba fuera de operación el equipo de rayos X; sin embargo, se observa que el equipo se recibió desde el año 2022 y quedó sin funcionamiento en enero 2025 y hasta el mes de septiembre se publica el proceso para "Prestar el servicio de mantenimiento preventivo de equipos de Rayos X del área de Patología y Antropología a nivel nacional con inclusión de repuestos, del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses", siendo un tiempo prolongado para adelantar las gestiones tendientes a la reparación de la máquina y continuar con el trámite de licenciamiento correspondiente. Así mismo, indican que los casos que requieran de su servicio son trasladados a Bogotá.

Así las cosas, no se desvirtúa lo reprochado en la observación y las razones expuestas no son suficientes para justificar los motivos por los cuales el tiempo de respuesta a la necesidad de reparación de la máquina en comento no se lleva a cabo, de igual forma minimizar el riesgo de deterioro y facilidad y oportunidad de la prestación del servicio.

Por consiguiente, esta observación se confirma como hallazgo administrativo y desestimando la

incidencia disciplinaria.

Hallazgo No.37. Licencia equipo de Rayos X sede de Neiva

COH 8031 2025-2-AU-CU: Licencia equipo de Rayos X sede de Neiva	
INCIDENCIAS: Administrativa ☒ Fiscal ☐ Disciplinaria ☒ Penal ☐ Beneficio de Auditoría ☐ IP ☐ Otras incidencias ☐ ¿Cuál?	
CRITERIOS:	
Fuente de Criterio	Criterio
Ley 09 de 1979	Artículos 108, 112, 150 - 151
Resolución 0482 de 2018	Artículos 5 – 6. 6.3- 6.4- 6.4.1-6.4.2
Decreto 2245 de 2015	Artículo. 2.2.1.11.1.2
Ley 1952 de 2019	Artículo 38 numeral 1, 5, 22 y 23. Artículo 39 numeral 1

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ: No se observaron los soportes que acrediten la licencia y el cumplimiento de los requisitos para el funcionamiento del equipo de rayos X, de tipo portátil y recibido en donación desde el año 2023, que se encuentra para prestar el servicio de radiología en el área de Antropología de la sede de Neiva.
COMO: En visita técnica realizada por la CGR a la sede de Neiva del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses los días 14 y 15 de octubre de 2025, donde se requirió la licencia para el uso del equipo de radiología, a lo cual la Entidad manifestó la inexistencia del documento, indicando que se encontraba en el trámite correspondiente.
CAUSA: Esta situación, se presenta por el desconocimiento de los lineamientos normativos y falta de controles por parte del Instituto para el servicio y manipulación de los equipos dispuestos para el ejercicio de su misionalidad.
EFEECTO: Así las cosas, la mencionada situación permite establecer el incumplimiento de los artículos 5 y 6 de la Resolución 0482 de 2018 emitida por el Ministerio de Salud; lo que genera riesgo en la salud del personal, calidad, oportunidad y garantía de la prestación del servicio de radiología, además de las sanciones que podrían ser impuestas por el Ministerio de Salud.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

Desde el Grupo Nacional de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, impartieron directrices para la presente vigencia para el proceso de obtención del licenciamiento del equipo de rayos X, trámite que actualmente se encuentra en gestión.

A la fecha, la Regional Sur cuenta con los siguientes documentos requeridos para dicho proceso:

- Programa Institucional de Tecnovigilancia.
- Procedimiento de práctica radiológica.
- Certificado de capacitación de la funcionaria expuesta a radiaciones ionizantes.
- Programa de capacitación en protección radiológica.
- Registros dosimétricos del último período de los trabajadores ocupacionalmente expuestos, que incluye las dosis acumulativas.

El alistamiento de los requisitos para la obtención del licenciamiento del equipo se encuentra en curso, consolidando la información conforme a los lineamientos normativos vigentes. Cabe resaltar que el Instituto realiza controles permanentes sobre el servicio y la manipulación de los equipos empleados en el ejercicio de su misionalidad, garantizando su correcto uso y la seguridad del personal; con el fin de proteger la funcionaria encargada del manejo del equipo de Rayos X durante el periodo de gestión del licenciamiento. Por otra parte, para la toma radiográfica se ha apoyado de manera satisfactoria mediante el uso del equipo de radiografía ubicado en la sede de Bogotá.

En consecuencia, el Instituto Nacional de Medicina Legal-Regional Sur tiene conocimiento de los lineamientos normativos, el cual está en curso de realizarlos (al momento de la auditoría) y se han realizado controles respectivos para continuar garantizando la prestación del servicio.

ANÁLISIS DE LA RESPUESTA:

Conforme a la respuesta otorgada por la entidad auditada, mediante la cual manifiesta las razones por las cuales a la fecha de la visita no se cuenta con la licencia del equipo de rayos X; al respecto, el ente indica que dicho procedimiento se encuentra en trámite y detalla los requisitos que si posee para la obtención del certificado; sin embargo, se observa que el equipo se adquirió desde el año 2022 y ha sido utilizado hasta el punto que actualmente se encuentra pendiente de su reparación para la puesta a punto de la misma, cuyo requisito es indispensable para el licenciamiento.

Así las cosas, no se desvirtúa lo reprochado en la observación y las razones expuestas no son suficientes para justificar los motivos por las cuales no tienen la licencia necesaria para su funcionamiento.

Por consiguiente, esta observación se confirma como hallazgo, manteniendo la presunta connotación disciplinaria, debido al incumplimiento de funciones, al transgredir el Artículo 38 numeral 1 y 39 numeral 1 de la Ley 1952 de 2019.

Hallazgo No.38. Archivo documental de gestión área de patología y clínica en Neiva

COH_8032_2025-2-AU-CU: Archivo documental de gestión área de patología y clínica en Neiva

INCIDENCIAS:

Administrativa

☒

Fiscal

☐

Disciplinaria

☐

Penal

☐

Beneficio de Auditoría

☐

IP

☐

Otras incidencias

☐

¿Cuál?

CRITERIOS:

Fuente de Criterio	Criterio
Ley 09 de 1979	Artículos 108 y 109
Ley 87 de 1993	Artículo 2 literales b, d y f.
Ley 594 de 2000	Artículos 11 y 12
Acuerdo 42 de 2002 Archivo General de la Nación – AGN	Artículo 3.

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ:

Durante el recorrido en la visita técnica a la sede de Neiva, se observó el lugar donde funcionan los archivos de gestión y se evidenció que, los estantes no presentan identificación de los grupos ni digitalización de las carpetas y en relación con la foliación de las mismas; realizando una verificación aleatoria, se encontró que todos los documentos no están foliados en debida forma y no se tiene control de lo que esta y no esta foliado.



COMO:

En visita realizada a la sede de Neiva del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses los días 14 y 15 de octubre del presente año, durante el recorrido fue verificado por el grupo auditor, el archivo de gestión documental de las áreas de patología y clínica.

CAUSA:

La situación descrita, se presenta por deficiencias en la preservación y el control del archivo, así como por debilidades en la planeación y seguimiento por parte del responsable idóneo para dicha función y falencias en condiciones de accesibilidad, seguridad y efectividad en el uso de los recursos y espacios físicos para tal fin.

EFEECTO:

Esto genera que existan riesgos de pérdida, daño o afectación de los expedientes por falta de control de los documentos de cada una de las carpetas. De igual manera, genera un riesgo en la eficiencia y oportunidad en la tenencia documental y posible desactualización en la información, propios de los procesos judiciales.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

Desde la Regional Sur se aplica el Procedimiento de Gestión Documental, el cual establece los lineamientos para el desarrollo de los procesos archivísticos de organización, consulta, conservación, custodia y disposición final de los documentos, con fundamento en los principios de procedencia y orden original, conforme a la normatividad archivística vigente. Dicho procedimiento garantiza la conservación o preservación, integridad y disponibilidad de la información institucional. En ese sentido, el archivo de gestión de los grupos de Patología y Clínica Forense se encuentra organizado en un área exclusiva, destinada a salvaguardar la documentación y a garantizar su seguridad y del cual se tiene asignado un funcionario para cada archivo.

El Organismo de Inspección de Patología dispone de un espacio exclusivo, identificado como Archivo de Gestión, con acceso restringido mediante llave. En este reposan los expedientes de necropsia, organizados según la Tabla de Retención Documental, bajo la custodia de un funcionario responsable de la dependencia, estos expedientes de necropsia médico legal están en constante consulta y actualización de acuerdo con los resultados de los análisis e información aportada por la autoridad.

Respecto al archivo de gestión del Organismo de Inspección de Clínica, es pertinente informar que este genera un alto volumen de documentos diariamente. Por ello, se cuenta con un funcionario asignado de manera permanente a esta labor, así como con un espacio físico destinado exclusivamente a dicho proceso. Los documentos se organizan en carpetas, las cuales se almacenan en cajas debidamente marcadas dispuestas sobre estanterías metálicas en orden cronológico. Esta organización permite el seguimiento de los casos de usuarios que pueden acudir a valoración en varias ocasiones, dentro del mismo año o en periodos diferentes.

Se tiene el apoyo de un tercer funcionario con el fin de fortalecer las gestiones de organización y adelantar la transferencia documental al archivo central, proceso que se viene desarrollando de manera planificada y sistemática. Es importante resaltar que los archivos de la Regional Sur (archivo de gestión y archivo central) se le realizan mantenimientos preventivos periódicos, orientados a preservar la integridad física de los documentos. Se adjuntan soportes.

En cuanto a la foliación documental, el procedimiento de gestión (DG-M-P-012) establece en la Actividad No. 5 "Organizar Documentos de Archivo", tarea 8, que no se deben realizar múltiples foliaciones sobre un mismo documento, razón por la cual, para el servicio de patología forense el proceso de foliar los documentos se realiza una vez se programa pasar los expedientes al archivo central toda vez que los primeros cinco años los casos motivo de investigación se encuentran activos y requieren ingreso de nuevos folios y/o reportes de laboratorios.

En el mismo sentido el personal que realiza actividades en el archivo de gestión ha participado en diferentes socializaciones respecto al procedimiento que nos aplica.

Por lo anterior, se puede determinar que se cumple con el propósito de mantener la uniformidad, autenticidad y coherencia de la información que reposa en el archivo de gestión y no se presentan deficiencias en la preservación, control del archivo o en el seguimiento por parte del personal asignado.

ANÁLISIS DE LA RESPUESTA:

Conforme a lo descrito por la Entidad, se evidencia que el Instituto motiva una reglamentación interna que comprende los preceptos legales en materia de archivo documental y detalla las diferentes gestiones y actividades que se han adelantado.

No obstante, es necesario que este procedimiento y acciones planteadas se continúen implementando y se realicen de forma adecuada en todas las regionales, por parte de los funcionarios a cargo de esta materia y se minimice el riesgo de pérdida y/o deterioro de documentos y una óptima tenencia y disposición de los documentos, conforme a las tablas de retención documental y a las condiciones climatológicas de cada una de las zonas donde se ubican las diferentes sedes.

Por tanto, teniendo en cuenta lo expuesto por el ente auditado, las razones no son suficientes para desvirtuar la observación y se valida como hallazgo con connotación administrativa y se desestima la incidencia disciplinaria.

Hallazgo No.39. Máquina digiturno en la sede de Neiva
COH_8036_2025-2-AU-CU: Máquina digiturno en la sede de Neiva
INCIDENCIAS:

Administrativa ☒ Fiscal ☐ Disciplinaria ☐ Penal ☐ Beneficio de Auditoría ☐
 IP ☐ Otras incidencias ☐
 ¿Cuál?

CRITERIOS:

Fuente de Criterio	Criterio
Ley 938 de 2004	Artículo 36, numeral 1.
Resolución 000231-DRNO-2025	

SITUACIÓN DETECTADA:
QUÉ:

El grupo auditor durante el recorrido en la sede administrativa de Neiva, en la oficina del técnico de sistemas, encontró la máquina digiturno fuera de operación hace más de seis (6) meses que presenta falla en la impresión del turno generando un ruido y que a la fecha no ha sido reparada, situación que se agrava con la falta de renovación de la suscripción anual del contrato y que no fue contemplada al momento de ser adquiridas a nivel nacional.



COMO:

En visita técnica realizada a la sede de Neiva del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses los días 14 y 15 de octubre del presente año, en la cual durante el recorrido se evidenció que la máquina de asignación de turnos no se encuentra en funcionamiento.

CAUSA:

Esta situación se presenta por falta de continuidad a los contratos, fallas en la custodia de los bienes, priorización y equidad de las necesidades de las sedes donde no cuentan con esta misma tecnología y asignación de los recursos para atender las insuficiencias de la Entidad.

EFEECTO:

Lo que afecta la organización y oportunidad en la atención del servicio de manera eficiente y adecuada a los visitantes y/o usuarios del INMLCF, además del deterioro de equipos ante la falta de uso.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

La entidad ha implementado los protocolos establecidos para la custodia de los bienes institucionales. Para el caso particular, el digiturno, presenta fallas que impiden su adecuado funcionamiento. Por esta razón, se encuentra en el laboratorio de pruebas del Facilitador TID, quien emitió concepto técnico para trámite de baja por obsolescencia, surtiendo las actividades establecidas dentro del procedimiento.

En consecuencia, el Instituto garantiza la custodia de los bienes institucionales, y la situación presentada con el equipo no obedece a falta de recursos, puesto que por el daño y la obsolescencia se encuentra en trámite de baja.

ANÁLISIS DE LA RESPUESTA:

Conforme a la respuesta y soportes presentados por el Instituto a la presente observación, en relación con el equipo digiturno de la sede de Neiva, se observó durante la visita adelantada por el equipo auditor que el bien se encontraba fuera de operación por varios meses en espera de las pruebas, de lo cual se emitió concepto desfavorable debido a que no hay repuestos ya que fue discontinuado y adicionalmente sin tener claridad frente al licenciamiento anual para su operación. Así mismo, llama la atención que la situación se observa en otras sedes y fue una adquisición a nivel nacional durante la vigencia 2020.

Así las cosas, se observa falta de gestión y seguimiento a las necesidades de las diferentes sedes en cuanto a la reparación de los bienes, además de la calidad y efectividad de los bienes adquiridos por las diferentes regionales, razones para no desvirtuar lo reprochado en la observación, confirmándose como hallazgo con las incidencias comunicadas, además de ajustar el texto del mismo.

Hallazgo No.40. Equipos de cómputo en la sede de Neiva

COH_8037_2025-2-AU-CU: Equipos de cómputo en la sede de Neiva

INCIDENCIAS:

Administrativa ☒ Fiscal ☐ Disciplinaria ☒ Penal ☐ Beneficio de Auditoría ☐
 IP ☐ Otras incidencias ☐
 ¿Cuál?

CRITERIOS:

Fuente de Criterio	Criterio
Ley 09 de 1979	Artículos 108, 112, 150 – 151
Ley 938 de 2004	Artículo 36 Numerales 1 y 5
Ley 1952 de 2019	Artículo 38 numeral 1, 5, 22 y 23.
Resolución 000231-DRNO-2025	

SITUACIÓN DETECTADA:
QUÉ:

El grupo auditor durante el recorrido en la sede administrativa en la oficina del técnico de sistemas encontró otros bienes fuera de operación, en revisión para ser reparados o para dar de baja, como es el caso de varios monitores de marca HP y adquiridos hace aproximadamente año y medio desde el nivel central y que debido a condiciones climatológicas (temperatura) se les daña un chip, según información suministrada por el técnico y personal que atendió la diligencia.


COMO:

En visita técnica realizada a la sede de Neiva del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses los días 14 y 15 de octubre del presente año, en la cual durante el recorrido se evidenciaron varios monitores de marca HP y adquiridos hace más de un año fuera de funcionamiento.

CAUSA:

Esta situación se presenta por falencias en la planeación y análisis de los estudios previos de la adquisición de los equipos de cómputo por parte de los directivos, falta de continuidad a los contratos, fallas en la custodia de los bienes, priorización y equidad de las necesidades de las sedes donde no cuentan con esta misma tecnología y asignación de los recursos para atender las insuficiencias de la Entidad.

EFEECTO:

Lo que puede afectar la contratación de bienes y servicios que no están siendo utilizados por el Instituto, generando el deterioro de equipos ante la falta de uso de los mismos debido a condiciones especiales de la zona de asignación. Así mismo, la organización y oportunidad en la atención del servicio de manera eficiente y adecuada a los funcionarios del INMLCF, además de la incurrancia de gastos ineficientes para la operación propia de la entidad.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

La oficina del facilitador de tecnología sirve también como laboratorio de pruebas y de recuperaciones de equipos que presentan fallas de sistema operativo, de tipo lógico, software en general, actualizaciones o de fallos menores de hardware que pueden ser recuperados sin necesidad de contar o esperar un contrato de mantenimiento preventivo o correctivo.

Algunas de estas recuperaciones requieren, a veces, más tiempo de atención o dedicación del programado para lograr objetivos satisfactorios ya sea porque requieren pruebas u observaciones en el tiempo o consultas más profundas sobre algún tema tecnológico o de actualización, entre otras.

Los monitores que se encuentran en la oficina del facilitador TID, se han concentrado con el objetivo de facilitar la revisión y reparación por parte del contratista y, de esta manera, realizar la supervisión del mantenimiento correctivo.

Es de aclarar, que dichos monitores fueron adquiridos mediante Orden de Compra Número 58626 del año 2020, y recibidos en la Regional Sur a comienzos del año 2021. En el expediente contractual se evidencia que hubo una planeación en el proceso de adquisición de los equipos, y su falla, después aproximadamente 5 años, es consecuencia normal del uso de estos.

Los equipos de cómputo pueden presentar situaciones adversas o inesperadas, lo cual no implica fallas en la planeación ni en los estudios previos para la adquisición por parte de los directivos y por consiguiente estos equipos se someten a pruebas y valoraciones antes de dar un concepto técnico del daño definitivo para tener la viabilidad de someterlos a un proceso correctivo a través del contrato toda vez que la mayoría de las ocasiones resultan siendo errores de configuración, desconexión de circuitos, fallo en una actualización o cualquier otro tema que puede ser resuelto. En caso de requerir que se destine para baja el bien, se continúa con el respectivo procedimiento. Se adjuntan soportes.

No hay falla en la custodia de los bienes (equipos), ya que están bajo responsabilidad y observación del Facilitador TID, mientras se realizan los trabajos mencionados anteriormente; ni en la "(...) priorización y equidad de las necesidades de las sedes donde no cuenta con esta misma tecnología y asignación de los recursos para atender las insuficiencias de la entidad" (...), ya que en todos los casos los equipos retirados (para valoración del arreglo) fueron reemplazados por otros que cumplían las mismas características y funciones, atendiendo y solucionando debidamente la falta temporal del equipo sin perjuicio de la prestación del servicio.

A la fecha la Regional Sur se encuentra adelantando los trámites para la selección de contratista con el fin de realizar el mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos informáticos de la Regional, como se evidencia en la línea 557 del Plan Anual de Adquisiciones y oficio mediante el cual la Subdirección Administrativa y Financiera emitió la viabilidad.

ANÁLISIS DE LA RESPUESTA:

En relación con la respuesta y soportes presentados por el Instituto a la presente observación, respecto a los monitores recibidos en el mes de abril de 2021 por la sede de Neiva, se observó durante la visita adelantada por el equipo auditor que los bienes se encontraban fuera de operación por varios meses en espera de las pruebas y diagnósticos técnicos, sin tener a la fecha claridad frente a su situación actual, sin ser uno o dos casos, sino por el contrario varios monitores que llama la atención no tienen ni los 5 años de operación. Así mismo, a pesar de suplir la necesidad a los funcionarios de los instrumentos tecnológicos, no es lógico recibir

bienes que no cumplan con el objeto para lo cual fueron adquiridos.

Así las cosas, se observa falta de gestión y seguimiento a las necesidades de las diferentes sedes en cuanto a la reparación de los bienes, además de la calidad y efectividad de los equipos adquiridos por las diferentes regionales, razones para no desvirtuar lo reprochado en la observación, confirmándose como hallazgo con las incidencias comunicadas.

Hallazgo No.41. Ascensor interior en la sede de Cartagena

COH_8039_2025-2-AU-CU: Ascensor interior en la sede de Cartagena

INCIDENCIAS:

Administrativa ☒ Fiscal ☐ Disciplinaria ☒ Penal ☐ Beneficio de Auditoría ☐
IP ☐ Otras incidencias ☐
¿Cuál?

CRITERIOS:

Fuente de Criterio	Criterio
Ley 09 de 1979	Artículos 108, 112, 150 – 151
Ley 938 de 2004	Artículo 36 Numerales 1 y 5
Ley 1952 de 2019	Artículo 38 numeral 1, 5, 22 y 23.
Resolución 000231-DRNO-2025	

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ:

El equipo auditor de la CGR durante la visita, observó un eleva personas, el cual no es funcional, debido a daños en sus sistemas tanto eléctricos como mecánicos, por tal motivo y según lo expresado por los funcionarios del instituto, se firmó el contrato N.º 015-DRN-2024, que tiene como objeto “*manteniendo preventivo y correctivo de ascensor Cartagena regional norte*”, el cual no fue ejecutado en su totalidad quedando inconcluso por abandono del contratista según lo mencionado por los funcionarios del instituto que acompañaron la diligencia, y que al parecer según concepto emitido por la oficina jurídica de la regional Norte del instituto se tendrá que pagar al contratista, la ejecución parcial de las actividades que contemplaban dicho contrato.



COMO:

En visita técnica realizada a la sede de Cartagena del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses los días 16 y 17 de octubre del presente año, en la cual durante el recorrido se observó el eleva personas interno fuera de funcionamiento.

CAUSA:

Esta situación se presenta por falencias en la planeación y análisis de los estudios previos de la reparación del ascensor por parte de los directivos, falta de continuidad a los contratos, fallas en la custodia de los bienes, priorización y equidad de las necesidades de las sedes donde no cuentan con esta misma tecnología y asignación de los recursos para atender las insuficiencias de la Entidad.

EFEECTO:

Lo que puede afectar la contratación de bienes y servicios que no están siendo utilizados por el Instituto, generando el deterioro de equipos ante la falta de uso de los mismos debido a condiciones especiales de la zona de asignación. Así mismo, la organización y oportunidad en la atención del servicio de manera eficiente y adecuada a los funcionarios del INMLCF, además de la incurrancia de gastos ineficientes para la operación propia de la Entidad.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

En atención a lo expuesto, aclara y sustenta técnicamente que la situación no obedece a deficiencias de planeación ni a omisiones administrativas, sino a circunstancias derivadas de la ejecución contractual, debidamente documentadas y gestionadas conforme a la normativa vigente.

El mantenimiento y reparación del ascensor se planificó con base en las necesidades identificadas en las especificaciones técnicas requeridas, lo que dio lugar a la formulación de los estudios previos, los cuales fueron elaborados conforme a los lineamientos establecidos en la Ley 80 de 1993, la Ley 1150 de 2007 y el Decreto 1082 de 2015, encontrándose publicados y disponibles en la plataforma SECOP II.

Como resultado de dicha planeación, se suscribió el Contrato N.º 015-DRN-2024, con cuyo objeto fue el “Mantenimiento preventivo y correctivo del ascensor de la sede Cartagena”. El proceso contractual se desarrolló en estricto cumplimiento de la normativa aplicable, garantizando la transparencia, selección objetiva y la adecuada asignación de recursos. Durante la ejecución, el supervisor del contrato reportó inconvenientes técnicos y administrativos que afectaron la continuidad del servicio por causas atribuibles al contratista. En consecuencia, se dio inicio al proceso de posible incumplimiento contractual, el cual culminó con la emisión del acto administrativo resolución No. 042-2025, mediante la cual se dispuso la liquidación del contrato y el reconocimiento proporcional de los trabajos efectivamente ejecutados. Hasta no culminar el proceso administrativo de posible incumplimiento, el Instituto no puede iniciar otro proceso contractual con el mismo objeto.

Sobre la custodia y conservación del bien: No se evidencian fallas en la custodia o protección del equipo, dado que el ascensor permanece en la sede Cartagena, bajo custodia institucional, debidamente señalado, en cumplimiento de las normas de seguridad y prevención de riesgos. Esta medida busca precisamente preservar el bien.

Gestión y control institucional: La Entidad ha actuado acorde con los principios de planeación, responsabilidad y economía previstos en el artículo 25 de la Ley 80 de 1993. Así mismo, mantiene control sobre sus bienes y equipos, y ha adoptado medidas administrativas y presupuestales para garantizar la continuidad y conservación de los elementos institucionales, lo que demuestra una gestión activa y no omisiva.

No se configura daño fiscal ni detrimento patrimonial, en la medida en que los recursos ejecutados corresponden a trabajos efectivamente realizados, y el resto del proceso se encuentra en trámite de liquidación, con soportes técnicos, administrativos y financieros debidamente archivados. Es decir, no se evidencian falencias en la planeación del proceso contractual, ya que se elaboraron y publicaron los estudios previos en SECOP II, cumpliendo con la normativa vigente.

La inoperatividad del equipo obedece a circunstancias derivadas del proceso contractual y no a omisiones institucionales. El bien se encuentra bajo custodia y control institucional, garantizando su preservación.

Se adoptaron acciones correctivas y contractuales conforme al principio de responsabilidad administrativa. La Entidad actuó

dentro del marco legal y ha mantenido el control y gestión del bien.

ANÁLISIS DE LA RESPUESTA:

En relación con la respuesta y los soportes aportados por el Instituto frente a la presente observación, concerniente al funcionamiento del eleva personas de la sede Cartagena, se evidenció durante la visita realizada a las instalaciones que dicho equipo no se encontraba operativo debido a fallas técnicas.

De acuerdo con la documentación presentada, para atender la reparación del ascensor se suscribió un contrato cuyo objeto corresponde al *“Mantenimiento preventivo y correctivo del ascensor de la sede Cartagena”*. No obstante, según lo verificado en la visita, la ejecución contractual no se cumplió en su totalidad, por lo que el objeto del contrato y la necesidad que este busca satisfacer no se encuentran plenamente atendidos, impidiendo la adecuada operatividad del eleva personas.

Por consiguiente, las razones expuestas no son suficientes para desvirtuarla, lo cual deriva en que se valide como hallazgo administrativo y presunta incidencia disciplinaria.

Hallazgo No.42. Máquina digiturno en la sede de Cartagena

COH_8040_2025-2-AU-CU: Máquina digiturno en la sede de Cartagena

INCIDENCIAS:

Administrativa ☒ Fiscal ☐ Disciplinaria ☐ Penal ☐ Beneficio de Auditoría ☐
IP ☐ Otras incidencias ☐
¿Cuál?

CRITERIOS:

Fuente de Criterio	Criterio
Ley 938 de 2004	Artículo 36, numeral 1.
Resolución 000231-DRNO-2025	

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ:

El grupo auditor durante el recorrido en la sede de Cartagena, observó el equipo Digiturno fuera de servicio hace más de un mes, y que según información del personal que acompañó la diligencia y técnico que emitió el diagnóstico, presenta un daño en la CPU, repuesto que se encuentran en proceso de adquisición para su puesta a punto. Dicho equipo, no presenta placa de inventario.



COMO:

En visita técnica realizada a la sede de Cartagena del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses los días 16 y 17 de octubre del presente año, en la cual durante el recorrido se evidenció que la máquina de asignación de turnos no se encuentra en funcionamiento.

CAUSA:

Esta situación se presenta por falta de continuidad a los contratos, fallas en la custodia de los bienes, priorización y equidad de las necesidades de las sedes donde no cuentan con esta misma tecnología y asignación de los recursos para atender las insuficiencias de la Entidad.

EFFECTO:

Lo que afecta la organización y oportunidad en la atención del servicio de manera eficiente y adecuada a los visitantes y/o usuarios del INMLCF, además del deterioro de equipos ante la

falta de uso.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

La situación del equipo (Digiturno) de la sede Cartagena no obedece a falencias administrativas o de planeación, sino a condiciones técnicas derivadas de la obsolescencia del equipo y a la inexistencia de repuestos en el mercado, según concepto del fabricante.

El equipo fue objeto de valoración técnica por parte del facilitador de Tecnologías de la Dirección Regional Norte, la cual, luego de verificar su estado y consultar con el fabricante, emitió un concepto técnico formal indicando que el equipo se encuentra descontinuado y sin posibilidad de reparación, situación que imposibilita su recuperación o reutilización.

Con base en ese informe, la Entidad activó el procedimiento interno para la disposición de bienes, conforme a lo establecido en la Resolución No. 1283, que regula el manejo y baja de bienes institucionales. Actualmente, el digiturno se encuentra identificado, resguardado y en trámite de baja, pendiente de la programación general de bajas correspondiente a la vigencia 2026.

Es importante precisar que la planeación de los recursos y necesidades tecnológicas del Instituto se realiza con base en criterios de eficiencia, priorización y equidad de cada sede, conforme a las directrices del nivel central.

El caso particular del digiturno no se deriva de una falta de asignación presupuestal o de continuidad contractual, sino de una condición técnica irreversible asociada a la vida útil del equipo, que hace inviable su reparación o mantenimiento.

De igual manera, la Entidad ha priorizado en sus planes de inversión la actualización gradual de los sistemas tecnológicos, atendiendo las limitaciones presupuestales de cada vigencia. Por tanto, no se evidencia omisión en la planeación ni en la gestión de recursos.

Asimismo, sobre la custodia y control del bien, este se encuentra bajo custodia institucional, debidamente identificado y almacenado en condiciones seguras, en cumplimiento de los procedimientos internos de control de bienes. No se evidencia pérdida, deterioro o uso indebido, sino una actuación conforme a los principios de conservación, transparencia y responsabilidad administrativa.

No se configura falla en la planeación ni en la continuidad contractual, dado que el daño del equipo es consecuencia de su obsolescencia técnica y descontinuación por parte del fabricante.

La custodia del bien está garantizada, y el proceso de baja se encuentra en trámite conforme a la normativa interna.

La Entidad ha planeado y priorizado sus recursos de acuerdo con los lineamientos institucionales y las disponibilidades presupuestales de cada vigencia.

ANÁLISIS DE RESPUESTA:

Conforme a la respuesta y soportes presentados por el Instituto a la presente observación, en relación con el equipo digiturno de la sede de Cartagena, se observó durante la visita adelantada por el equipo auditor que el bien se encontraba fuera de operación por varios meses en espera de las pruebas, de lo cual se emitió concepto desfavorable debido a que no hay repuestos ya que fue descontinuado y adicionalmente sin tener claridad frente al licenciamiento anual para su operación. Así mismo, llama la atención que la situación se observa en otras sedes y fue una adquisición a nivel nacional durante la vigencia 2020.

Así las cosas, se observa falta de gestión y seguimiento a las necesidades de las diferentes sedes en cuanto a la reparación de los bienes, además de la calidad y efectividad de los bienes adquiridos por las diferentes regionales, razones para no desvirtuar lo reprochado en la observación, confirmándose como hallazgo, además de ajustar el texto de este.

Hallazgo No.43. Elementos materiales probatorios en la sede de Cartagena

COH_8041_2025-2-AU-CU: Elementos materiales probatorios en la sede de Cartagena

INCIDENCIAS:

Administrativa

☒

Fiscal

☐

Disciplinaria

☐

Penal

☐

Beneficio de Auditoría

☐

IP

☐

Otras incidencias

☐

¿Cuál?

CRITERIOS:

Fuente de Criterio	Criterio
Ley 906 de 2004	Artículo 255
Manual del sistema de cadena de custodia 2018	Artículos 1.1 – 5.3.7 y 7. Almacenamiento de evidencias 7.1.
GUÍA DE PROCEDIMIENTOS PARA LA REALIZACIÓN DE NECROPSIAS MEDICOLEGALES Segunda edición.	Componente N.º 2 – 8.11 literales a y b.

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ:

En la sede de la ciudad de Cartagena del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, el grupo auditor inspeccionó el área asignada para el almacenamiento y logística de muestras, donde se observó el almacenamiento de evidencias tipo proyectil que se encuentran pendientes de ser recibidas por parte de la Fiscalía para su disposición final, las cuales presentan fechas desde el año 2019.



COMO:

En visita técnica realizada a la sede en la ciudad de Cartagena del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses los días 16 y 17 de octubre del año en curso, durante el recorrido adelantado en las instalaciones administrativas, observó varias cajas con muchos elementos probatorios de tipo proyectil, pendientes de la disposición final por parte de las autoridades correspondientes.

CAUSA:

La situación descrita, se presenta debido a la falta de gestión por parte del Instituto para la

disposición de estos elementos y malas prácticas de almacenamiento de este tipo de elementos, lo que condujo a la improvisación de espacios provisionales para el almacenamiento de dichas evidencias

EFFECTO:

Es así, que se podría generar un riesgo de pérdida de materiales probatorios y acaparamiento de los mismos, en respuesta al almacenamiento prolongado de ellos, además de debilidades en la gestión para el trámite final del proceso.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

Los elementos referidos en la observación no se encuentran bajo riesgo de pérdida y cumplen con los preceptos del manual de cadena de custodia (embalados, rotulados), además, se han realizado las gestiones pertinentes para la disposición final, la cual es definida por la autoridad que adelanta la investigación, como se hará referencia a continuación. Por disposición legal (manual de cadena de custodia, la Seccional Bolívar no cuenta con un almacén de evidencias como tal (estos están limitados a la Fiscalía General de la Nación); La seccional dispone de un almacén transitorio, destinado al resguardo de los Elementos Materiales Probatorios (EMP) y Evidencias Físicas (EF). Estos se conservan allí posterior a ser analizados a la espera de ser recolectados por la autoridad competente.

No existe un plazo establecido para la tenencia de los elementos en el Instituto, la custodia se conserva hasta tanto la autoridad de policía judicial competente disponga su retiro o destrucción, en cumplimiento de las normas del Código de Procedimiento Penal (Ley 906 de 2004) y los lineamientos del Manual de Cadena de Custodia.

Se precisa que estos elementos corresponden a evidencias derivadas de los procedimientos forenses realizados en la sede Cartagena, las cuales ya fueron analizadas por los laboratorios de ciencias forenses en las diferentes áreas técnicas correspondientes. Una vez concluidos los análisis, permanecen bajo custodia institucional a la espera de su retiro por parte de las autoridades competentes (Policía Judicial, CTI y SIJIN). Se han remitido comunicaciones formales a dichas entidades, incluso en el marco del Consejo de Policía Judicial, informando que las evidencias se encuentran listas para entrega y debidamente inventariadas, en espera de programación de retiro.

Los elementos materiales probatorios se conservan en un área segura, con acceso restringido exclusivamente al personal autorizado, bajo control de ingreso y egreso, y debidamente marcados e inventariados, conforme a los protocolos del Manual del Sistema de Cadena de Custodia vigente. Esto garantiza su integridad, trazabilidad y custodia probatoria, sin riesgo de pérdida, contaminación ni deterioro.

La custodia se conserva hasta tanto la autoridad de policía judicial competente disponga su retiro o destrucción, en cumplimiento de las normas del Código de Procedimiento Penal (Ley 906 de 2004) y los lineamientos del Manual de Cadena de Custodia.

La situación descrita no obedece a falta de gestión ni a malas prácticas de almacenamiento, sino al cumplimiento estricto de los protocolos de cadena de custodia y a las competencias legales que rigen la conservación de los elementos materiales probatorios. Una vez culminado su estudio, dichas evidencias permanecen bajo custodia institucional, a la espera de su retiro por parte de las autoridades competentes (Policía Judicial, CTI, SIJIN), en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 254 y siguientes de la Ley 906 de 2004 (Código de Procedimiento Penal) y el Manual del Sistema de Cadena de Custodia (2018).

La Entidad ha realizado las gestiones formales y documentadas para el retiro de estos elementos, mediante comunicaciones oficiales dirigidas a las autoridades de Policía Judicial, informando sobre la disponibilidad de las evidencias para entrega, situación que ha sido manifestada incluso en el marco de los Consejos de Policía Judicial.

ANÁLISIS DE RESPUESTA:

Teniendo en cuenta la respuesta de la Entidad, la misma manifiesta que las evidencias se encuentran debidamente identificadas, organizadas y resguardadas con acceso restringido; sin embargo, se evidencia que, a pesar de haber tomado acciones para solventar las circunstancias, actualmente no se ha logrado subsanar la situación objeto de reproche en la presente observación y se hace necesario aunar esfuerzos en coordinación con las autoridades competentes para llevar con éxito la disposición final de los EMP.

Por consiguiente, las razones expuestas no son suficientes para desvirtuarla, lo cual deriva en que se valide como hallazgo administrativo, pero desestimando la incidencia disciplinaria.

Hallazgo No.44. Archivo documental de gestión área de patología y clínica en Cartagena

COH_8042_2025-2-AU-CU: Archivo documental de gestión área de patología y clínica en Cartagena

INCIDENCIAS:

Administrativa ☒ Fiscal ☐ Disciplinaria ☐ Penal ☐ Beneficio de Auditoría ☐
 IP ☐ Otras incidencias ☐

¿Cuál?

CRITERIOS:

Fuente de Criterio	Criterio
Ley 09 de 1979	Artículos 108 y 109
Ley 87 de 1993	Artículo 2 literales b, d y f.
Ley 594 de 2000	Artículos 11 y 12
Acuerdo 42 de 2002 Archivo General de la Nación – AGN	Artículo 3.

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ:

Durante el recorrido en la visita técnica a la sede de Cartagena, se observó el lugar donde funcionan los archivos de gestión y se evidenció que, los archivos más antiguos no se tienen foliados y se encuentran en proceso de depuración y no se tiene control de cuáles archivos se encuentran foliados y cuáles no.



COMO:

En visita realizada a la sede de Cartagena del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses los días 16 y 17 de octubre del presente año, durante el recorrido fue verificado por el grupo auditor, el archivo de gestión documental de las áreas de patología y clínica.

CAUSA:

La situación descrita, se presenta por deficiencias en la preservación y el control del archivo, así como por debilidades en la planeación y seguimiento por parte del responsable idóneo para dicha función y falencias en condiciones de accesibilidad, seguridad y efectividad en el uso de los recursos y espacios físicos para tal fin.

EFEECTO:

Esto genera que existan riesgos de pérdida, daño o afectación de los expedientes por falta de control de los documentos de cada una de las carpetas. De igual manera, genera un riesgo de eficiencia y oportunidad en la tenencia documental y posible desactualización en la información, propios de los procesos judiciales.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

El archivo de gestión de las áreas clínica y patológica sí cuenta con organización física y control documental. Durante la visita se explicó que la foliación de los expedientes más antiguos se encontraba en fase de actualización y depuración, sin que ello represente pérdida, desorden o incumplimiento del principio de conservación documental.

Se dispone de inventario actualizado, planillas de préstamo y registro de foliación. Asimismo, se implementó desde agosto de 2025 un plan de mejora archivística, con metas de cumplimiento del primer trimestre de 2026.

Por otro lado, es importante aclarar que el espacio destinado para el almacenamiento de la documentación administrativa y pericial se encuentra en condiciones ambientales óptimas, con adecuada ventilación, iluminación, control de humedad y limpieza periódica, garantizando la conservación física de los expedientes.

El archivo está ubicado en un área de acceso restringido, al cual solo ingresa el personal autorizado, con control para el acceso, de acuerdo con las normas de seguridad de la información y custodia documental. El funcionario asignado a esta dependencia cuenta con amplia experiencia y conocimiento en gestión documental, manejo de series, subseries y aplicación de las Tablas de Retención Documental institucionales, lo cual garantiza la correcta clasificación, registro y disposición de los documentos, de acuerdo con los procedimientos institucionales vigentes.

El archivo de gestión de las áreas clínica y patológica sí cuenta con organización física, control documental y medidas adecuadas de conservación, en cumplimiento de las políticas institucionales de gestión documental vigente. La totalidad de los expedientes se encuentra debidamente inventariada, clasificada y custodiada, con soporte en planillas de préstamo, registros de foliación e inventarios actualizados.

Las condiciones físicas y de seguridad del archivo cumple con condiciones ambientales y de seguridad adecuadas, garantizando la integridad de los expedientes. El archivo está bajo supervisión permanente, y se aplican controles de ingreso, préstamo y devolución de documentos, lo que asegura su trazabilidad y conservación, en cumplimiento de los principios de autenticidad, integridad, disponibilidad y confidencialidad de la información.

El funcionario encargado del archivo posee experiencia en gestión documental, así como conocimiento en la aplicación de las Tablas de Retención Documental (TRD) institucionales, garantizando la adecuada clasificación, organización y disposición final de los documentos. Por lo tanto, no se evidencian deficiencias en la preservación ni en el control archivístico; por el contrario, se mantiene una gestión organizada, técnica y en mejora continua.

El proceso de actualización de foliación y depuración documental no representa omisión ni riesgo, sino una acción programada dentro del plan de mejora archivística institucional. Las condiciones ambientales y de seguridad del archivo garantizan la conservación física y la integridad de los expedientes.

ANÁLISIS DE RESPUESTA:

Teniendo presente lo descrito por la entidad, se evidencia que el Instituto motiva una reglamentación interna que comprende los preceptos legales en materia de archivo documental y detalla las diferentes gestiones y actividades que se han adelantado.

No obstante, es necesario que este procedimiento y acciones planteadas se continúen implementando y se realicen de forma adecuada en todas las regionales, por parte de los funcionarios a cargo de esta materia y se minimice el riesgo de pérdida y/o deterioro de documentos y una óptima tenencia y disposición de los documentos, conforme a las tablas de retención documental y a las condiciones climatológicas de cada una de las zonas donde se ubican las diferentes sedes. De igual manera, se planteó un plan de mejora archivística desde el mes de agosto del año en curso.

Por tanto, teniendo en cuenta lo expuesto por el ente auditado, las razones no son suficientes para desvirtuar la observación y se valida como hallazgo con connotación administrativa y se desestima la incidencia disciplinaria.

Hallazgo No.45. Manejo de evidencias en la morgue de Cartagena

COH_8044_2025-2-AU-CU: Manejo de evidencias en la morgue de Cartagena

INCIDENCIAS:

Administrativa

☒

Fiscal

☐

Disciplinaria

☐

Penal

☐

Beneficio de Auditoría

☐

IP

☐

Otras incidencias

☐

¿Cuál?

CRITERIOS:

Fuente de Criterio	Criterio
Ley 906 de 2004	Artículo 255.
Manual del sistema de cadena de custodia 2018	1.1 Objetivo, 7. ALMACENES DE EVIDENCIAS
La Norma UNE- EN- ISO/IEC 17020	Literal b)

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ:

Se pudo identificar que los elementos probatorios que portan los occisos, conforme al desarrollo de la cadena de custodia, presentan deficiencias en su almacenamiento, teniendo en cuenta que, al realizarse la verificación ocular, se evidenció que los mismos se dejan colgados para el secado informal y de manera natural, sin contar con las condiciones de garantía y seguridad para su almacenamiento y/o custodia.



COMO:

En visita realizada a la morgue del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses en la ciudad de Cartagena los días 16 y 17 de octubre del presente año, durante el recorrido se observó por parte del grupo auditor la forma de almacenamiento y/o secado de elementos materiales probatorios al interior de la zona de patología.

CAUSA:

La situación descrita, se presenta debido a improvisación de espacios para efectuar las actividades periciales; así mismo, por la falta de personal para atender todos los procesos recepcionados, además de debilidades en la preservación, identificación y priorización del material probatorio; necesidades que demanda la Entidad.

EFFECTO:

Se podría generar contaminación de las evidencias custodiadas que reducirían la confiabilidad del manejo de los elementos materiales probatorios y hasta incurrir en procesos en contra de la Entidad.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

El procedimiento observado es el establecido en el Manual de cadena de custodia (pág 40), “Las prendas húmedas o fragmentos de tela que contengan manchas húmedas antes de embalarlas se deben secar a temperatura ambiente, protegiéndolas del sol y el agua” <https://www.fiscalia.gov.co/colombia/wp-content/uploads/MANUAL-DEL-SISTEMA-DE-CADENA-DE-CUSTODIA.pdf>.

Los elementos observados corresponden a prendas y objetos obtenidos en procedimientos forenses realizados por el Instituto, los cuales se encuentran en fase de secado previo a su embalaje y rotulado, dentro del procedimiento técnico de preservación de evidencias húmedas.

Dichos elementos se conservan en un área de acceso restringido y controlado, bajo supervisión del personal autorizado del Grupo de Patología, con registro de ingreso, salida y custodia. Cada pieza se encuentra debidamente identificada, marcada con su número de caso y acompañada del formato de cadena de custodia, garantizando su trazabilidad en el sistema SIRDEC y la preservación de su integridad probatoria.

Es importante precisar que, conforme al Manual de Cadena de Custodia (2018) y los protocolos técnicos del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, no es de carácter obligatorio el uso de dispositivos o equipos mecánicos de secado. El procedimiento puede realizarse de manera natural o asistida, siempre que se mantengan las condiciones adecuadas de ventilación, bioseguridad y control de acceso, como ocurre actualmente en la sede Cartagena.

Adicionalmente, se aclara que no existe en la actualidad ninguna normatividad en Colombia que obligue a las morgues o unidades forenses a disponer de equipos o dispositivos mecánicos de secado de prendas o evidencias húmedas.

La normativa vigente, incluyendo el Manual del Sistema de Cadena de Custodia (2018), únicamente establece los requisitos de conservación y supervisión del procedimiento, sin exigir equipos específicos para su ejecución. En consecuencia, no se configura irregularidad técnica, administrativa ni fiscal, puesto que el manejo observado se ajusta plenamente a los protocolos institucionales vigentes y garantiza la custodia, integridad y conservación de la evidencia.

ANÁLISIS DE RESPUESTA:

Analizando la respuesta presentada por la entidad, esta informa que todos los elementos materiales de prueba o evidencias físicas tipo prendas, corresponde a “*elementos se conservan en un área de acceso restringido y controlado, bajo supervisión del personal autorizado del Grupo de Patología, con registro de ingreso, salida y custodia*” en la misma morgue, mientras son embalados y enviados a los respectivos laboratorios, guardando de manera estricta, la respectiva la cadena de custodia, correspondiendo estas actividades a los procedimientos establecidos para el secado de prendas previo al embalaje y rotulación, como se establece en el manual de cadena de custodia.

Sin embargo, tal como se evidenció durante el recorrido, las prendas se encontraban expuestas y a una distancia mínima entre ellas, generando riesgo de contaminación de elementos materiales probatorios y para el secado de estos existen equipos tecnológicos que minimizan dicho riesgo.

Así las cosas, y conforme a lo expuesto por la Entidad, la observación se valida como hallazgo con incidencia administrativa y se desestima la incidencia disciplinaria.

Hallazgo No.46. Mesas para necropsia en la sede de Cartagena

COH_8049_2025-2-AU-CU: Mesas para necropsia en la sede de Cartagena

INCIDENCIAS:

Administrativa ☒ Fiscal ☐ Disciplinaria ☐ Penal ☐ Beneficio de Auditoría ☐
 IP ☐ Otras incidencias ☐
 ¿Cuál?

CRITERIOS:

Fuente de Criterio	Criterio
Ley 09 de 1979	Artículos 108, 112, 150 – 151
Ley 938 de 2004	Artículo 36 Numerales 1 y 5
Resolución 000231-DRNO-2025	

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ:

El equipo auditor de la CGR durante la visita observó a la intemperie unas mesas de necropsia que fueron adquiridas el presente año, pero que están en proceso de garantía debido a fallas en su sistema de desagüe y al pendiente de la respuesta por parte del contratista.



COMO:

En visita técnica realizada a la sede de Cartagena del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses los días 16 y 17 de octubre del presente año, en la cual durante el recorrido se observaron mesas de necropsia fuera de funcionamiento y a la intemperie.

CAUSA:

Esta situación se presenta por falencias en la planeación y priorización de necesidades por parte de los directivos, falta de continuidad a los contratos, fallas en la custodia de los

bienes y priorización de las sedes donde no cuentan con esta misma tecnología y asignación de los recursos para atender las insuficiencias de la Entidad.

EFFECTO:

Lo que puede afectar la contratación de bienes y servicios que no están siendo utilizados por el Instituto, generando el deterioro de equipos ante la falta de uso de los mismos debido a condiciones especiales de la zona de asignación. Así mismo, la organización y oportunidad en la atención del servicio de manera eficiente y adecuada a los usuarios del INMLCF, además de la incurrancia de gastos ineficientes para la operación propia de la Entidad.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

Es importante precisar que las mesas de necropsia no se encuentran abandonadas, en desuso ni deterioradas, sino bajo custodia institucional y cubiertas por garantía vigente.

Durante el funcionamiento de las mesas se identificó un inconveniente técnico en el sistema de desagüe, situación que fue reportada por garantía por parte del supervisor al contratista. El trámite de garantía fue formalmente documentado y comunicado, hecho que fue demostrado al equipo auditor mediante entrega de los soportes correspondientes, evidenciando gestión diligente, trazabilidad administrativa y cumplimiento del debido proceso.

Las mesas de necropsia se encuentran debidamente registradas en inventario, almacenadas en un área controlada, segura y protegidas físicamente con material de envoltura plástica, en cumplimiento del procedimiento para la administración de Bienes.

El contratista mantiene plena responsabilidad sobre la reparación o sustitución de los bienes, según las condiciones pactadas, razón por la cual la Entidad no puede intervenir técnicamente los equipos sin vulnerar la garantía vigente.

El proceso contractual que dio origen a la adquisición de las mesas fue planeado, justificado y ejecutado conforme a la normativa aplicable. Los estudios previos y análisis del sector fueron elaborados con base en la necesidad técnica y operativa de la sede Cartagena, publicados en la plataforma SECOP II, y ajustados a los principios de planeación, transparencia y responsabilidad establecidos en la Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007 y el Decreto 1082 de 2015. No existe, por tanto, falencia alguna en la planeación ni en la asignación de recursos; la actual inoperatividad del equipo obedece exclusivamente a un procedimiento de garantía en curso, que demuestra precisamente la existencia de gestión y control sobre los bienes institucionales. La institución actuó con diligencia, trazabilidad y cumplimiento normativo, garantizando la defensa del patrimonio público.

ANÁLISIS DE RESPUESTA:

En relación con la respuesta y soportes presentados por el Instituto a la presente observación, respecto a las mesas de necropsia que se encuentran en proceso de garantía, se observó durante la visita adelantada por el equipo auditor que los bienes se encontraban fuera de operación en espera de los procesos que deben surtir para el cubrimiento de la garantía por problemas en el desagüe. Así mismo, a pesar de suplir la necesidad a los funcionarios que hacen uso de este tipo de instrumentos laborales, no es lógico recibir bienes que no cumplan con el objeto para lo cual fueron adquiridos y la demora de la garantía con el contratista.

Así las cosas, se observa falta de gestión y seguimiento a las necesidades de las diferentes sedes en cuanto a la reparación de los bienes, además de la calidad y efectividad de los equipos adquiridos por las diferentes regionales, razones para no desvirtuar lo reprochado en la observación, confirmándose como hallazgo administrativo y desestimando la incidencia disciplinaria.

Hallazgo No.47. Espacios fuera de servicio sede de Cartagena

COH_8058_2025-2-AU-CU: Espacios fuera de servicio sede de Cartagena

INCIDENCIAS:

Administrativa

☒

Fiscal

☐

Disciplinaria

☐

Penal

☐

Beneficio de Auditoría

☐

IP

☐

Otras incidencias

☐

¿Cuál?

CRITERIOS:

Fuente de Criterio

Ley 09 de 1979

Ley 938 de 2004

Criterio

Artículos 108, 112, 150 - 151

Artículo 36 Numerales 1 y 5

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ:

Durante el recorrido adelantado por el equipo auditor en la visita a la sede de Cartagena del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, se encontraron espacios importantes para los funcionarios y/o usuarios del instituto fuera de servicio, como son algunos aparatos sanitarios en los baños de hombres y mujeres.



COMO:

En visita técnica realizada por la CGR a la sede de Cartagena del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses los días 16 y 17 de octubre de 2025, durante la cual se encontraron algunos aparatos sanitarios en los baños fuera de servicio.

CAUSA:

Esta situación, se presenta por el desconocimiento de los lineamientos normativos y falta de controles por parte del Instituto para prestar los diferentes servicios, para la salud pública y la dignificación de las personas al garantizar un espacio de higiene básica.

EFECTO:

Lo que puede afectar la prestación de los servicios de la Entidad y el derecho de los particulares o visitantes a tener una atención cómoda y digna, así como la contratación de bienes y servicios que no están siendo utilizados por el Instituto, generando el deterioro de equipos ante la falta de uso de los mismos.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

La institución realiza programación y gestión de servicios de mantenimiento soportados en informes, los cuales se aportan como evidencia.

En lo relacionado a lo observado corresponde a un servicio programado para realizarse por el funcionario de mantenimiento de Cartagena. Ahora bien, los baños observados corresponden al uso exclusivo del personal del instituto, no de usuarios externos. Se precisa que, durante el periodo de reparación, se garantizaron servicios sanitarios alternos plenamente funcionales, sin afectar al personal ni la prestación del servicio institucional. Estas medidas aseguran el cumplimiento de las condiciones de higiene, seguridad y bienestar de los servidores públicos, conforme a los lineamientos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) y las normas internas de infraestructura, custodia y bienestar laboral, demostrando control, planeación y gestión institucional eficiente.

La Institución realiza seguimiento a los servicios de mantenimiento de la sede, asegurando el cumplimiento de las normas de higiene, seguridad y bienestar de los funcionarios. Se cuenta con contrato en ejecución de elementos de ferretería, que permite atender estos servicios, garantizando la operatividad de los espacios sanitarios.

Durante los periodos de intervención, se han dispuesto servicios sanitarios alternos plenamente funcionales, asegurando que los funcionarios tengan acceso a condiciones higiénicas adecuadas, sin afectar la prestación del servicio institucional.

Las actuaciones descritas, descartan omisión, desconocimiento normativo o falta de control. Por lo tanto, no se configuran riesgos administrativos, de salud ni de dignidad del personal.

ANÁLISIS DE RESPUESTA:

En relación con la respuesta y soportes presentados por el Instituto a la presente observación, respecto a los espacios fuera de servicio en la sede de Cartagena, se observó durante la visita adelantada por el equipo auditor que los bienes se encontraban sin operación y conforme a la relación de los mantenimientos y reparaciones realizadas, en el caso de los baños de hombres se indican dos intervenciones en el mes de marzo y junio del año en curso, encontrando que para el momento de la visita seguía fuera de servicio. Así mismo, a pesar de suplir la necesidad a los funcionarios de los espacios sanitarios, no es lógico seguir con espacios inutilizables que no cumplan con el objeto para lo cual fueron diseñados.

Así las cosas, se observa falta de gestión y seguimiento a las necesidades de las diferentes sedes en cuanto a la reparación de los bienes y espacios, además de la calidad y efectividad de las reparaciones adelantadas, razones para no desvirtuar lo reprochado en la observación, confirmándose como hallazgo administrativo.

Hallazgo No.48. Muebles sin placa y deteriorados en la sede de Cartagena

COH_8060_2025-2-AU-CU: Muebles sin placa y deteriorados en la sede de Cartagena

INCIDENCIAS:

Administrativa ☒ Fiscal ☐ Disciplinaria ☐ Penal ☐ Beneficio de Auditoría ☐
 IP ☐ Otras incidencias ☐

¿Cuál?

CRITERIOS:

Fuente de Criterio	Criterio
Ley 09 de 1979	Artículos 108, 109 y 112.
Resolución No.193 del 05 de mayo de 2016 de la CGN	3.2.14 Análisis, verificación y conciliación de información. 3.2.15 Depuración contable permanente y sostenible.
Régimen de Contabilidad Pública - Plan General de Contabilidad Pública, emitido por la Contaduría General de la Nación	Título II, Numeral 8 8. PRINCIPIOS DE CONTABILIDAD PÚBLICA

SITUACIÓN DETECTADA:
QUÉ:

El equipo auditor evidenció durante la visita realizada a la sede de Cartagena del INMLYCF, varios puestos de trabajo en la morgue y consultorios sin placa y en mal estado, de los cuales, al indagar, los funcionarios indicaron que se trataba de muebles que estaban presentes desde antes de la donación de la sede y que no hacen parte de un inventario propio del instituto.



Los bienes relacionados se encuentran físicamente en diferentes espacios de la sede y al servicio, pero sin estar registrados en el sistema SIAF, ni debidamente valorizados, encontrándose la información financiera desactualizada.

COMO:

Durante la visita técnica realizada a la sede de Cartagena de Medicina Legal los días 16 y 17 de octubre del año en curso, conforme al recorrido realizado por el equipo auditor a las instalaciones de la mencionada sede y al cotejo físico de los bienes indicados.

CAUSA:

Esta situación se presenta, por falta de controles y aplicabilidad de los procedimientos administrativos internos tendientes al ingreso de los bienes; así mismo, por el incumplimiento de las Políticas Contables adoptadas por la Entidad y de gestión obligatoria, además de deficiencias en el control interno, control interno contable, toma física de inventarios y en las conciliaciones correspondientes.

EFEECTO:

Presenta desconfianza frente a la razonabilidad de la cuenta de Propiedad, Planta y Equipo al encontrarse bienes sin ingresar al inventario del ente auditado, incumpliendo lo estipulado en los principios de contabilidad, impactando su debido registro, presentación y revelación en los estados financieros de acuerdo con el marco normativo aplicable establecido por la Contaduría General de la Nación. De igual manera, la cuenta no refleja la realidad económica ni estado real del inventario en los estados financieros.

RESPUESTA:

Los muebles observados corresponden a divisiones modulares y puestos de trabajo adquiridos en 2014, los cuales fueron contabilizados correctamente bajo el comprobante No. 29128 como bienes de consumo, según lo establece la Circular No. 18-DG-2019 de la Contaduría General de la Nación, que regula la no inventariabilidad individual de este tipo de bienes. Por tanto, no requieren placa de inventario individual, cumpliéndose plenamente la normativa contable aplicable.

A su vez, se explicó al equipo auditor que los muebles observados presentan desgaste propio del uso continuo durante más de una década, pero no implican pérdida patrimonial ni incumplimiento del control contable, dado que su naturaleza de consumo fue establecida normativamente y Entidad mantiene control documental sobre estos bienes, los cuales se encuentran identificados conforme a su comprobante de ingreso y a la normativa interna de bienes de consumo, por lo que no requiere placa de inventario individual.

La Entidad mantiene registro documental completo, incluyendo comprobantes de ingreso y soporte interno, garantizando trazabilidad y control sobre los bienes. El desgaste de los muebles es consecuencia del uso normal por más de 10 años, sin que ello implique pérdida patrimonial ni irregularidad contable. Por otro lado, la aplicación de procedimientos internos de la gestión de los bienes se realiza conforme a la normatividad vigente y políticas contables, incluyendo toma física de inventarios de bienes. Los muebles en cuestión no forman parte de los bienes devolutivos, por lo que la observación no refleja un incumplimiento.

Es de aclarar que la Institución da cumplimiento a los principios contables para la Propiedad, Planta y Equipo que se refleja fielmente los bienes devolutivos de la Entidad, en este sentido los muebles señalados no alteran la razonabilidad ni la presentación de los estados financieros, dado que su clasificación como bienes de consumo está conforme a la normativa vigente.

ANÁLISIS DE RESPUESTA:

Conforme a la respuesta otorgada por el Instituto, y atendiendo la circular interna 18-DG-2019, en relación con el manejo de las divisiones modulares y puestos de trabajo, es importante aclarar lo siguiente: si los bienes fueron adquiridos en la vigencia 2014, para dicha época no se había impartido las directrices de la circular en comento, y así mismo, respecto a los numerales 3.1 y 3.2 no se evidenció la identificación de los adhesivos con la información correspondiente.

- 3.1. Las divisiones modulares o puestos de trabajo serán identificados por el Grupo Nacional de Gestión de Bienes e Inventarios y los Grupo Regionales Administrativos y Financieros con un adhesivo que indique: (elemento de consumo, número de contrato, unidad organizacional y número comprobante de ingreso al almacén), con el fin de diferenciar de las divisiones o puestos que pertenezcan a otro contrato o que se instalen en el futuro y de esta forma llevar un adecuado control e identificación, que faciliten las verificaciones físicas.
- 3.2. Todas las modificaciones y traslados posteriores realizadas a divisiones modulares y puestos de trabajo deberán ser autorizados por el Coordinador del Grupo Nacional de Gestión Administrativa e informados inmediatamente al Grupo Nacional de Gestión de Bienes e Inventarios para que se adelante la respectiva actualización del adhesivo que identifica el elemento de consumo.

Así las cosas, esta observación se confirma como hallazgo administrativo.

Hallazgo No.49. Archivo general regional Occidente

COH_8013_2025-2-AU-CU: Archivo general regional Occidente

INCIDENCIAS:

Administrativa

☒

Fiscal

☐

Disciplinaria

☐

Penal

☐

Beneficio de Auditoría

☐

IP

☐

Otras incidencias

☐

¿Cuál?

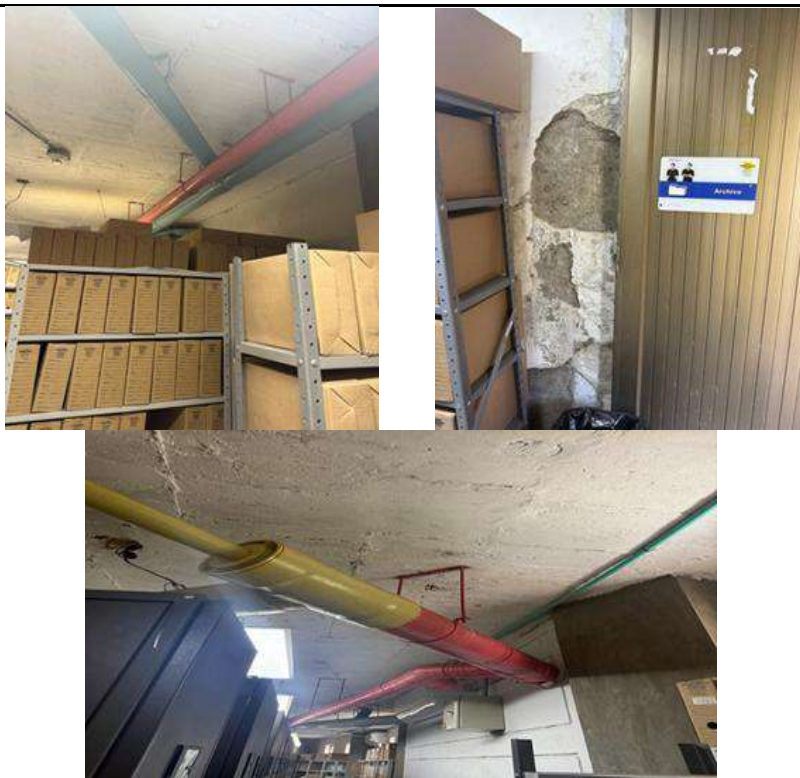
CRITERIOS:

Fuente de Criterio	Criterio
Ley 09 de 1979	Artículos 108 y 109
Ley 87 de 1993	Artículo 2 literales b, d y f.
Ley 594 de 2000	Artículos 11 y 12
Acuerdo 42 de 2002 Archivo General de la Nación – AGN	Artículo 3.

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ:

Durante el recorrido en la visita técnica, se observó el lugar que funciona como archivo y se evidenció que, las condiciones físicas no son las adecuadas para la custodia de los documentos y que, conforme a las normas archivísticas, se debe tener en cuenta las condiciones de preservación, control de los archivos y características climáticas de la zona, por temas de humedad y ventilación, en donde se brinden las condiciones archivísticas apropiadas; así mismo se pudo verificar que esta área donde está dispuesto el archivo es la zona donde se encuentra la tubería de aguas sanitarias o industriales, domésticas y de lluvia; además de esto, es imposible que puedan ubicar un puesto de trabajo generando más complejidad porque el área no permite efectuar transferencias documentales de los archivos de gestión.



COMO:

En visita realizada a la sede de Pereira del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses los días 15 y 16 de octubre del presente año, durante el recorrido fue verificado por el grupo auditor, el archivo de gestión documental de la regional de Occidente.

CAUSA:

La situación descrita, se presenta por la falta de planificación de un área idónea para el archivo general, debido a deficiencias en la preservación y control del archivo, así como por debilidades en la planeación y seguimiento por parte del responsable idóneo para dicha función y falencias en condiciones de accesibilidad, continuidad, pertinencia, seguridad y efectividad en el uso de los recursos y espacios físicos para tal fin.

EFFECTO:

Esto genera que existan riesgos de pérdida, daño o afectación de los expedientes por deterioro de estos, debido a la humedad de la zona, ya que las condiciones del espacio carecen de las medidas adecuadas para dicho propósito. De igual manera, genera un riesgo de eficiencia y oportunidad en la tenencia documental y posible desactualización en la información, propios de los procesos judiciales, de igual manera, pudiendo ocasionar graves e irreversibles situaciones médicas para los funcionarios encargados de este sitio.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

En atención a la observación formulada, se informa que la Regional Occidente se encuentra actualmente en gestión para el alquiler de una bodega nueva que cumpla con las condiciones técnicas y normativas requeridas para el almacenamiento y preservación del archivo general, garantizando así la custodia adecuada de los documentos conforme a los lineamientos archivísticos. De igual manera, se tiene proyectado que el espacio donde actualmente se encuentra ubicado el archivo sea destinado como Almacén auxiliar de la Regional Occidente, una vez se concrete el traslado del archivo a las nuevas instalaciones.

No obstante, la materialización de dicha gestión se ha visto limitada por la necesidad de contar con la aprobación de recursos en vigencias futuras, razón por la cual no ha sido posible concretar aún el proceso de contratación del nuevo espacio, pero se estima que en el primer semestre del año 2026 podamos contar con la gestión cumplida.

La entidad continuará realizando las gestiones necesarias para garantizar el cumplimiento de las condiciones archivísticas exigidas y la preservación adecuada de la documentación institucional.

ANÁLISIS DE RESPUESTA:

Una vez analizada la respuesta enviada por la Entidad, se evidencia que, a pesar de las múltiples solicitudes que se han realizado para mitigar las circunstancias observadas, el Instituto aún se encuentra en etapa de gestión para adecuar el archivo general, sin que se hayan obtenido resultados positivos a la fecha.

Adicionalmente, la Entidad persiste en su propuesta de trasladar el almacén auxiliar de la Regional a un área donde se encuentra la tubería de aguas sanitarias o industriales, este planteamiento mantiene el riesgo de afectación.

Por lo anteriormente expuesto, y ante la falta de acciones efectivas para la solución del problema y la persistencia en una propuesta de traslado inadecuada, se confirma la observación y esta se configura como hallazgo administrativo.

Hallazgo No.50. Máquina de turnos de Pereira
COH_8015_2025-2-AU-CU: Máquina de turnos de Pereira
INCIDENCIAS:

Administrativa

☒

Fiscal

☐

Disciplinaria

☐

Penal

☐

Beneficio de Auditoría

☐

IP

☐

Otras incidencias

☐

¿Cuál?

CRITERIOS:
Fuente de Criterio
Criterio

Ley 938 de 2004

Artículo 36, numeral 1.

Resolución 000231-DRNO-2025

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ:

Durante el recorrido realizado en la regional de Pereira, el grupo auditor encontró que la máquina de digi-turno se encuentra en buen estado, pero no está siendo utilizada. Según el personal de la sede, esto se debe a que no la requieren debido a que las citas se programan con anticipación y no generan turnos. Esta situación llama la atención sobre la posible subutilización de recursos y la necesidad de evaluar si la máquina podría ser asignada o utilizada en otra sede donde sea necesaria, con el fin de optimizar los recursos y mejorar la eficiencia en la prestación del servicio.



COMO:

En visita técnica realizada a la sede de Pereira del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses los días 15 y 16 de octubre del presente año, durante el recorrido se evidencio que la máquina de asignación de turnos no se encuentra en funcionamiento.

CAUSA:

Esta situación se presenta por falta de comunicación entre las regionales, falta de programación y planificación de la, administración de las necesidades de las sedes donde no cuentan con esta misma tecnología y asignación de los recursos para atender las necesidades de la Entidad.

EFFECTO:

Lo que afecta la atención del servicio de manera eficiente y adecuada a los visitantes del INMLCF generando el deterioro de equipos ante la falta de uso.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

En atención a la observación formulada respecto al digiturno de la sede Pereira, se informa que, si bien la sede utiliza la metodología de citas programadas con antelación, lo que hace innecesario el uso del equipo para la asignación de turnos, se ha determinado que el dispositivo será aprovechado como herramienta informativa institucional.

En este sentido, se proyecta adaptar el sistema del digiturno para presentar información de interés a los usuarios externos, tales como los servicios ofrecidos por el Instituto, la misión, la visión, los valores institucionales, la normatividad vigente y otros contenidos de consulta pública.

Esta iniciativa permitirá dar un uso funcional al equipo existente, fortaleciendo la comunicación institucional y la orientación al ciudadano dentro de la sede, contribuyendo así al aprovechamiento eficiente de los recursos disponibles.

ANÁLISIS DE RESPUESTA:

Según lo manifestado por la entidad, las citas son programadas con anterioridad y por ello se considera innecesario el uso del sistema de digiturno, el cual será aprovechado únicamente como herramienta informativa.

No obstante, el equipo auditor revisó que los equipos de asignación de turnos fueron adquiridos con el propósito de gestionar y optimizar la atención al ciudadano, permitiendo agendar citas de manera más eficiente, reducir filas y controlar el aforo en las sedes.

En este sentido, si la sede actual ya no requiere la herramienta de digiturno debido a un cambio metodológico en la asignación de citas, se debe considerar su reubicación a otra sede donde pueda utilizarse para su funcionalidad original, y no alterar su propósito inicial de uso.

Por las razones anteriormente expuestas, y ante el desaprovechamiento de un recurso adquirido para la gestión de atención, se confirma la observación y esta se configura como hallazgo.

Hallazgo No.51. Puntas conductivas para Robot Medellín

COH_8018_2025-2-AU-CU: Puntas conductivas para Robot Medellín

INCIDENCIAS:

Administrativa

☒

Fiscal

☐

Disciplinaria

☐

Penal

☐

Beneficio de Auditoría

☐

IP

☐

Otras incidencias

☐

¿Cuál?

CRITERIOS:

Fuente de Criterio	Criterio
Ley 09 de 1979	Artículos 108 y 109
Ley 938 de 2004	Artículo 36 numeral 1, artículo 40 numeral 5
Ley 80 de 1993	Artículos 1, 26 y 50

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ:

Durante la visita técnica realizada a la sede de Medellín del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, el equipo auditor encontró en el almacén general 24 puntas conductivas adquiridas mediante el Contrato 0216-SG-2022, cuya ejecución finalizó en marzo de 2023.

La imposibilidad de uso de estos insumos en la Regional Noroccidente se confirmó a partir del Concepto Técnico No. 0478-GNGST-SSF-2024, el cual recomendó la baja de la unidad robótica TECAN, a pesar de contar con esta recomendación técnica, la solicitud formal de traslado y redistribución de las 24 puntas conductivas a la Seccional Meta fue presentada apenas el 17 de septiembre de 2025 después de la visita del equipo auditor.

Esta gestión representa una demora administrativa prolongada (superior a un año) entre la confirmación técnica de la obsolescencia del equipo y la toma de la decisión de redistribuir los insumos compatibles a otra Regional que los requiere.

COMO:

En visita realizada a la sede de Medellín del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses los días 17, 18 y 19 de septiembre del presente año, durante el recorrido se evidenciaron 24 puntas sin utilizar del almacén general las cuales se compraron para una unidad robótica que esta fuera de servicio.

CAUSA:

La situación descrita, se presenta por la falta de planificación y gestión en la adquisición de insumos de mantenimiento de equipos, evidenciada en la compra de 24 puntas conductivas sensibles a nivel de líquido con filtro no estériles, falta de celeridad administrativa en la toma de decisiones.

EFECTO:

Esto genera la compra de insumos sin considerar el estado de los equipos, falta de eficiencia en la gestión de estos, falta de planificación y verificación de las necesidades anuales que tiene las regionales para cumplir la prestación del servicio, exposición de deterioro, almacenamiento inadecuado o posible vencimiento, afectando directamente los principios de economía y eficacia en la ejecución del gasto público.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

Durante la vigencia 2022, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses programó la adquisición de insumos para los laboratorios de genética forense en el nivel nacional, mediante el Contrato 0216-SG-2022, cuyo objeto fue el “Suministro de puntas conductivas para pipetas para los laboratorios de genética del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses”, para la distribución de estos insumos se incluyó a la Regional Noroccidente en razón a que se programó el traslado del equipo TECAN Freedom EVO 150 dese la regional Bogotá.

Previo al traslado del equipo, la empresa EXÓGENA LTDA, en calidad de distribuidor autorizado de la marca TECAN en Colombia, realizó la revisión técnica “15506-INML – Revisión UR-EVO 2”, concluyendo que el equipo se encontraba funcional y que solo requería actualización de software debido a la obsolescencia del sistema operativo

(Windows XP). Con base en esa información técnica y en la comunicación institucional del traslado del equipo, se incluyó la compra de las puntas conductivas dentro del plan de adquisiciones 2022, a fin de garantizar la disponibilidad de insumos para su operación.

La unidad robótica TECAN Freedom EVO 150 fue trasladada desde la sede Bogotá hacia la Regional Noroccidente (Medellín) posterior a la revisión técnica realizada por EXÓGENA LTDA, la cual certificó su funcionalidad. No obstante, EXÓGENA LTDA entró en proceso de liquidación y cesó actividades en el país, lo que dejó al Instituto sin soporte técnico autorizado por el fabricante para efectuar la actualización del software y la calibración del equipo.

La empresa ANNAR DIAGNÓSTICA IMPORT S.A.S., que asumió la representación comercial de TECAN en Colombia, informó posteriormente que no contaba con personal certificado ni aval del fabricante para prestar servicios de mantenimiento o instalación. Esta situación fue confirmada en el Concepto Técnico No. 0478-GNGST-SSF-2024, emitido por el Grupo Nacional de Servicios Técnicos, en el cual se indica:

“ANNAR DIAGNÓSTICA IMPORT S.A.S. no posee personal calificado ni aval del fabricante TECAN para prestar el servicio de mantenimiento o actualización requerido, razón por la cual se recomienda la baja técnica de la unidad robótica por obsolescencia tecnológica.”

En consecuencia, la no utilización del equipo TECAN Freedom EVO 150 obedeció exclusivamente a la falta de soporte técnico autorizado en el país, condición externa y sobreviniente que escapó completamente al control de la Regional Noroccidente.

El Contrato 0216-SG-2022 se ejecutó entre el 21 de octubre de 2022 y el 1 de marzo de 2023, siendo liquidado el 17 de abril de 2023 sin observaciones. Los insumos fueron entregados mediante Acta No. 004-GRADF-DRNO-2022 (16 de enero de 2023) y registrados contablemente bajo el Comprobante No. 1050-0001/2023 (2 de febrero de 2023).

Las puntas conductivas sensibles adquiridas no son exclusivas para el equipo TECAN Freedom EVO, sino que son compatibles con otros sistemas de pipeteo automatizado utilizados en los laboratorios de genética forense del Instituto, tales como:

- TECAN Freedom EVO
- Hamilton Nimbus 4 y Nimbus 96.

Con el propósito de asegurar el aprovechamiento institucional de los insumos, la Seccional Meta, presentó la solicitud de elementos el 17 de septiembre de 2025 (Formato DG-A-P-019-F-002, versión 09), para el traslado de las 24 puntas conductivas al laboratorio de genética, donde serán utilizadas en equipos compatibles.

Esta gestión garantiza el uso efectivo y la redistribución racional de los bienes adquiridos, conforme a los principios de eficiencia, economía y planeación del gasto público.

ANÁLISIS DE RESPUESTA:

Conforme a la respuesta detallada del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, se acepta que la no utilización del equipo TECAN Freedom EVO 150 fue causada por una condición sobreviniente, específicamente la liquidación del proveedor original y la consecuente falta de soporte técnico autorizado.

El Contrato 0216-SG-2022, que incluyó la compra de las puntas conductivas para el equipo TECAN, finalizó su ejecución en marzo de 2023. El problema de la obsolescencia y falta de soporte técnico fue confirmado mediante el Concepto Técnico No. 0478-GNGST-SSF-2024, que recomendó la baja del equipo, momento a partir del cual se conoció la imposibilidad de uso de los insumos en la Regional Noroccidente.

Se observa que la solicitud formal de traslado y redistribución de las 24 puntas conductivas a la Seccional Meta fue presentada apenas el 17 de septiembre de 2025,

esto representa una demora administrativa prolongada por más de un año, entre la confirmación técnica de la obsolescencia del equipo y la toma de la decisión efectiva de redistribuir los insumos compatibles a otra Regional que sí los necesita.

Esta dilación en la gestión expuso innecesariamente a los bienes a riesgos de deterioro, almacenamiento inadecuado o posible vencimiento, afectando directamente los principios de economía y eficacia en la ejecución del gasto público.

Por lo anteriormente expuesto, y al evidenciarse una falta de celeridad administrativa en la toma de decisiones sobre la disposición y aprovechamiento de los insumos, se modifica la observación, se configura como hallazgo con incidencia administrativa y se retira la incidencia fiscal y disciplinaria.

13.6. RESULTADOS EN RELACIÓN CON EL OBJETIVO ESPECÍFICO No. 2

OBJETIVO ESPECÍFICO 2
Verificar y evaluar el cumplimiento de protocolos de bioseguridad, certificaciones y/o acreditaciones, permisos y procedimientos de tipo ambiental, además del manejo de residuos peligrosos y emisión de olores de los laboratorios y morgues, conforme a las exigencias legales y sanitarias.

13.6.1. Componente ambiental

Como resultado del ejercicio auditor, se configuraron 6 hallazgos administrativos relacionados con el presente objetivo específico, de los cuales 5 tienen alcance disciplinario, relacionados con los siguientes temas.

1. En cuanto a la dotación de los laboratorios y morgues a nivel nacional, se determinó debilidades en el trámite de dar de baja los equipos que lo requieran y adelantar su disposición final, para así determinar las necesidades reales y adelantar las adquisiciones de equipos a que haya lugar. Así como la disposición de los residuos de aparatos eléctricos y electrónicos – RAEE, por su tratamiento especial y de los cuales se observaron en las diferentes sedes visitadas.
2. En el cumplimiento de procedimientos, se encontraron algunas falencias que fueron observadas para las sedes visitadas, relacionadas con las buenas prácticas ambientales y señalizaciones.

Hallazgo No.52. Señalizaciones y convenciones ambientales, de la sede de Sincelejo

COH_7051_2025-2-AU-CU: Señalizaciones y convenciones ambientales, de la sede de Sincelejo

INCIDENCIAS:

Administrativa ☒ Fiscal ☐ Disciplinaria ☐ Penal ☐ Beneficio de Auditoría ☐
IP ☐ Otras incidencias ☐
¿Cuál?

CRITERIOS:

Fuente de Criterio	Criterio
Decreto 4741 de 2005	Artículo 5
Decreto 1595 de 2015	Artículo 2.2.1.7.1.1. y 2.2.1.7. 5.
Decreto 1496 de 2018	Artículos 4, 17
Ley 09 de 1979	Artículos 108 y 109.
Resolución 773 de 2021	Artículos 4, 5, 7, 8, 9 y 10
Norma Técnica ISO 14001	0.2 Objetivo de un sistema de gestión ambiental, 7.4.2 Comunicación interna y A.7.5 Información documentada.
Gestión ambiental DG-A-CARACT-024 Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses	Línea base para la implementación de controles ambientales.

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ:

En visita técnica realizada a la sede de Sincelejo del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses los días 19 y 20 de agosto del año en curso, se pudo identificar que, existen diferentes espacios que carecen de señalización, delimitación y especificación de información ambiental, como la clasificación de los desechos y zonas de riesgo biológico.





COMO:

En visita de inspección ocular a la infraestructura y a los diferentes espacios de la sede de Sincelejo del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses los días 19 y 20 de agosto del año en curso, se constató que existen varias zonas sin señalización ni clasificación de desechos.

CAUSA:

Lo anterior, debido al incumplimiento a las normas ambientales, procedimientos de gestión ambiental interno del Instituto y la Norma Técnica ISO14001, además de debilidades en la clasificación y señalización de los residuos en general. Adicionalmente, falta de divulgación interna de información de una manera asertiva y visible para todo el personal que labora en la sede y usuarios de los diferentes servicios.

EFEECTO:

Trayendo como consecuencia, desinformación y malas prácticas ambientales por parte de los funcionarios y/o usuarios del Instituto, generando riesgos ambientales y biológicos que afecta el manejo de desechos y la integridad en la salud del personal que presta sus servicios en la sede.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses informa que cumple con la implementación de señalización y convenciones ambientales para la gestión de residuos peligrosos y no peligrosos, en concordancia con la normatividad ambiental y de salud ocupacional vigente en Colombia, particularmente resolución 2184 de 2019, que adopta el código de colores para la separación de residuos en la fuente.

Ahora bien, durante la visita realizada por la Contraloría General de la República los días 19 y 20 de agosto de 2025, se evidenció que algunos recipientes de almacenamiento temporal no contaban con la respectiva señalización visible al momento de la inspección. Esta situación no obedeció a omisiones institucionales, sino al deterioro natural de la señalización como consecuencia directa de las condiciones climáticas extremas de la región, particularmente la alta radiación solar y las temperaturas propias de zonas semiáridas como Sincelejo, que afectan la durabilidad de adhesivos y materiales plásticos en exteriores.

Dicha situación ya fue subsanada mediante la reposición y actualización de la señalización en los puntos identificados, conforme a los lineamientos técnicos exigidos por la normatividad citada. Adicionalmente, con estas acciones correctivas, el Instituto continúa cumpliendo con la adecuada clasificación, segregación y disposición de residuos peligrosos y no peligrosos, así como la seguridad del personal y el cumplimiento integral de los estándares ambientales

y ocupacionales.



ANÁLISIS DE RESPUESTA:

Conforme a lo manifestado por la entidad, en relación con la implementación de señalización y convenciones ambientales para la gestión de residuos peligrosos y no peligrosos, se evidencia un poco más de señalización, pero el código de colores para la separación de residuos sólidos no se cumple en su totalidad, teniendo en cuenta que la resolución en su artículo 4, es clara en cuanto a los colores: verde, blanco y negro.

Así las cosas, las razones expuestas por el Instituto no son suficientes ni válidas para desvirtuar lo reprochado por el grupo auditor, motivo por el cual, se valida esta observación como hallazgo con incidencia administrativa.

Hallazgo No.53. Equipos, muebles y enseres pendientes de baja en Tumaco

COH_7403_2025-2-AU-CU: Equipos, muebles y enseres pendientes de baja en Tumaco

INCIDENCIAS:

Administrativa ☒ Fiscal ☐ Disciplinaria ☒ Penal ☐ Beneficio de Auditoría ☐

IP ☐ Otras incidencias ☐

¿Cuál?

CRITERIOS:

Fuente de Criterio	Criterio
Ley 09 de 1979	Artículos 108, 109 y 112.
Decreto 284 de 2018	Artículo 2.2.7 A.1.1 y 2.2.7A.2.3 numerales 2 y 4.
Resolución 638 de 2009	Capítulo II numerales del 1-8.
Ley 1952 de 2019	Artículo 38 numeral 1, 5, 22 y 23.

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ:

El equipo auditor evidenció varios equipos, muebles y enseres pendientes para dar de baja, encontrándose a la intemperie y obstruyendo el paso normal del lugar, de igual forma se corroboró que el control de los mismos no se lleva debidamente, teniendo en cuenta que se desconocía su ubicación y una vez se preguntó a diferentes funcionarios, se determinó que habían bienes en otros lugares de la sede de Tumaco, en la sede de la Regional Suroccidente y hasta en poder de la profesional encargada de entregar el concepto técnico.



COMO:

Durante la visita técnica realizada a la sede de Tumaco de Medicina Legal ubicada en la ciudad de Tumaco los días 08 y 09 de septiembre del año en curso, conforme al recorrido realizado por el equipo auditor a las instalaciones de la mencionada sede, se identificaron deficiencias en la custodia, tenencia y disposición de bienes.

CAUSA:

Esta situación se presenta, por falta de controles y aplicabilidad de los procedimientos administrativos internos tendientes a dar de baja equipos inutilizables, fuera de operación, obsoletos o irreparables; de igual forma, no se garantiza lo correspondiente a la custodia y tenencia de los bienes, así como la disposición final de residuos de aparatos eléctricos y electrónicos.

EFFECTO:

Lo anterior, genera riesgos ambientales y sanitarios por inadecuada disposición de RAEE, debido a que los bienes están ocupando espacios físicos por donde transitan las personas pudiendo ocasionar accidentes, además del incumplimiento a la custodia, al correcto manejo de los bienes eléctricos y electrónicos y a las gestiones tendientes a darlos de baja, situación que impacta la celeridad en los procesos y destinación final de los mismos.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

Debido al reemplazo que mediante contrato No. 0036-DRSR-2024 (ya enunciado previamente), se hizo reposición de algunos bienes muebles que por sus características y el medio ambiente presentaron un muy alto deterioro por los años de uso, por lo tanto la baja de estos elementos se encuentra incluida en la programación establecida por la Regional, para este fin.

Por el trámite que debe surtir y la necesidad de incluir otros bienes en el proceso de bajas, este se ha visto afectado en el tiempo, sin embargo, en cumplimiento de los lineamientos Institucionales y la normatividad vigente, ya se elaboró el acta de inspección ocular, los conceptos de baja, la Resolución respectiva y la solicitud de publicación en página web de conformidad con lo establecido en el artículo 2.2.1.2.2.4.3 del Decreto 1082 de 2015.

Por lo descrito, con el cambio de los bienes muebles se redujo el riesgo de lesión de los servidores, daño de equipos y se mitigó el riesgo ocupacional por las condiciones de estos, tampoco se genera un riesgo de detrimento. En relación con el espacio para la disposición temporal, se evidencia que está demarcado con cintas reflectivas, con aviso que identifica que son bienes en proceso de baja, está habilitado acceso para el tránsito por ruta alterna (interna a la pared que se ve en la foto), lo cual mitiga cualquier posibilidad de accidente ya que no es indispensable el paso por ese lugar.

ANÁLISIS DE RESPUESTA:

En relación con la respuesta otorgada por el Instituto, el mismo detalla las posibles situaciones que se presentan con el manejo de los equipos, sin embargo, no se han adelantado las bajas de los bienes aptos para dicho procedimiento, ni se han realizado las gestiones tendientes a la disposición final de mencionados bienes.

No obstante, para el caso de los equipos que fueron observados por el grupo auditor, los mismos llevan varios meses pendientes de su baja, generando una desactualización de la información reportada al almacén. Si bien es cierto, se cuenta con los requisitos y su reemplazo con la adquisición de los nuevos, también lo es el tiempo prolongado que llevan los equipos para definir su situación y que se encuentran ubicados a la intemperie, generando riesgos de accidente y altos grados de deterioro de los bienes que son publicados y que podrían ser de interés por otra entidad.

Teniendo en cuenta lo expuesto, no se evidencian las acciones suficientes y efectivas para dar de baja los equipos que lo requieren, con el lleno de los requisitos, lo que no desvirtúa lo reprochado en la observación y las razones expuestas no son suficientes para justificar la falta de gestión, control y manejo adecuado de inventarios con la actualización de los mismos.

Por consiguiente, y según lo manifestado por la entidad en las respuestas presentadas, esta observación se confirma como hallazgo administrativo y se mantiene la incidencia disciplinaria.

Hallazgo No.54. Equipos, muebles y enseres pendientes de baja en Cúcuta

COH_7414_2025-2-AU-CU: Equipos, muebles y enseres pendientes de baja en Cúcuta

INCIDENCIAS:

Administrativa ☒ Fiscal ☐ Disciplinaria ☒ Penal ☐ Beneficio de Auditoría ☐
 IP ☐ Otras incidencias ☐

¿Cuál?

CRITERIOS:

Fuente de Criterio	Criterio
Ley 09 de 1979	Artículos 108, 109 y 112.
Decreto 284 de 2018	Artículo 2.2.7 A.1.1 y 2.2.7A.2.3 numerales 2 y 4.
Resolución 638 de 2009	Capítulo II numerales del 1-8.
Resolución 000231-DRNO-2025	
Procedimiento ISOLUCION DG-A-P-021 Versión 13	7.4.14 Actividad N. 14
Ley 1952 de 2019	Artículo 38 numeral 1, 5, 22 y 23.

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ:

El equipo auditor evidenció varios equipos, muebles y en un espacio improvisado de la zona administrativa, que se encuentran pendientes de dar de baja y retirar para su disposición final en tiempos acorde con el cronograma de bajas estipulado por la entidad, de lo cual, indagando a varios funcionarios al respecto, no se obtuvo respuesta concreta sobre los conceptos y estado actual.


COMO:

Durante la visita técnica realizada a la sede de Cúcuta de Medicina Legal los días 18 y 19 de septiembre del año en curso, conforme al recorrido realizado por el equipo auditor a

las instalaciones de la mencionada sede, se identificó la mala custodia, tenencia y disposición de bienes.

CAUSA:

Esta situación se presenta, por falta de controles y aplicabilidad de los procedimientos administrativos internos tendientes a dar de baja equipos inutilizables, fuera de operación, obsoletos o irreparables; de igual forma, no se garantiza lo correspondiente a la custodia y tenencia de los bienes, así como la disposición final de residuos de aparatos eléctricos y electrónicos.

EFEECTO:

Lo anterior, genera riesgos ambientales y sanitarios por inadecuada disposición de RAEE, debido a que los bienes están ocupando espacios físicos, además del incumplimiento a la custodia, al correcto manejo de los bienes eléctricos y electrónicos y a las gestiones tendientes a darlos de baja, situación que impacta la celeridad en los procesos y destinación final de los mismos.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

Proceso de baja en curso, se informó que el proceso de baja de bienes inservibles, obsoletos, se encuentra en trámite, en cumplimiento de la Resolución 200 del 27 de marzo de 2023.

El Cronograma establecido por la regional Nororiental fijó como plazo máximo el periodo comprendido entre el 17 y el 21 de noviembre de 2025 para culminar el proceso de baja, dentro del cronograma institucional de saneamiento de bienes, por tanto, se cumple con el término y lo dispuesto legalmente.

Adecuaciones de un espacio para los bienes para dar de baja de la Unidad Básica de Cúcuta, se dispuso de un área definida en el área administrativa, para el almacenamiento temporal y seguro de aquellos, hasta tanto se culmine la actuación administrativa del procedimiento de baja.

ANÁLISIS DE RESPUESTA:

En relación con la respuesta otorgada por el Instituto, el mismo indica el cumplimiento al cronograma establecido hasta el mes de noviembre del año en curso; sin embargo, se observa conforme a los soportes allegados que el lleno de los conceptos se adelantaron posterior a la visita de la CGR y anteriormente no se habían adelantado las bajas de los bienes aptos para dicho procedimiento ni gestiones para su disposición final.

No obstante, para el caso de los equipos que fueron observados por el grupo auditor, los mismos llevan varios meses pendientes de su baja, generando una desactualización de la información reportada al almacén. Si bien es cierto, se cuenta con los requisitos, también lo es el tiempo prolongado que llevan los equipos para definir su situación y que se encuentran ubicados a la intemperie, generando riesgos de accidente y altos grados de deterioro de los bienes que son publicados y que podrían ser de interés por otra entidad.

Teniendo en cuenta lo expuesto, no se evidencian las acciones suficientes y efectivas para dar de baja los equipos que lo requieren, con el lleno de los requisitos, lo que no desvirtúa lo reprochado en la observación y las razones expuestas no son suficientes para justificar la falta de gestión, control y manejo adecuado de estos bienes.

Por consiguiente, y según lo manifestado por la entidad en las respuestas presentadas,

esta observación se confirma como hallazgo administrativo y se mantiene la incidencia disciplinaria.

Hallazgo No.55. Equipos, muebles y enseres pendientes de baja en Quibdó

COH_7433_2025-2-AU-CU: Equipos, muebles y enseres pendientes de baja en Quibdó

INCIDENCIAS:

Administrativa ☒ Fiscal ☐ Disciplinaria ☒ Penal ☐ Beneficio de Auditoría ☐
 IP ☐ Otras incidencias ☐

¿Cuál?

CRITERIOS:

Fuente de Criterio	Criterio
Ley 09 de 1979	Artículos 108, 109 y 112.
Decreto 284 de 2018	Artículo 2.2.7 A.1.1 y 2.2.7A.2.3 numerales 2 y 4.
Resolución 638 de 2009	Capítulo II numerales del 1-8.
Resolución 000231-DRNO-2025	
Procedimiento ISOLUCION DG-A-P-021 Versión 13	7.4.14 Actividad N. 14
Ley 1952 de 2019	Artículo 38 numeral 1, 5, 22 y 23.

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ:

El equipo auditor evidenció varios equipos, muebles y enseres pendientes para dar de baja, encontrándose arrumados, de igual forma se corroboró que el control de ellos no se lleva debidamente, teniendo en cuenta que se desconocía que bienes se encontraban al interior y la propiedad de estos y una vez se preguntó a algunos funcionarios, se determinó que no se ha adelantado el procedimiento de baja y concepto técnico.



COMO:

Durante la visita técnica realizada a la sede de Quibdó de Medicina Legal ubicada en la ciudad de Tumaco los días 22 y 23 de septiembre del año en curso, conforme al recorrido realizado por el equipo auditor a las instalaciones de la mencionada sede, se identificó la mala custodia, tenencia y disposición de bienes.

CAUSA:

Esta situación se presenta, por falta de controles y aplicabilidad de los procedimientos administrativos internos tendientes a dar de baja equipos inutilizables, fuera de operación, obsoletos o irreparables; de igual forma, no se garantiza lo correspondiente a la custodia y tenencia de los bienes, así como la disposición final de residuos de aparatos eléctricos y electrónicos.

EFFECTO:

Lo anterior, genera riesgos ambientales y sanitarios por inadecuada disposición de RAEE, debido a que los bienes están ocupando espacios físicos por donde transitan las personas pudiendo ocasionar accidentes, además del incumplimiento a la custodia, al correcto manejo de los bienes eléctricos y electrónicos y a las gestiones tendientes a darlos de baja, situación que impacta la celeridad en los procesos y destinación final de los mismos.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

Como se manifestó durante la visita, estos bienes no son del Instituto de Medicina Legal, en su defecto pertenecen a la Fiscalía General de la Nación seccional Chocó. Dichos bienes se encontraban en la sede que actualmente se ocupa en calidad de comodato y que en reiteradas ocasiones por parte de la dirección seccional Chocó y de la coordinación administrativa se ha solicitado a la Fiscalía el retiro de dichos elementos. Se adjunta evidencia.

Actualmente se tienen dos lámparas cuello de cisne y una balanza, de las cuales ya se solicitó concepto técnico, para ser dadas de baja en proceso programado. Se adjunta evidencia.

ANÁLISIS DE RESPUESTA:

En relación con la respuesta otorgada por el Instituto, el mismo detalla las gestiones adelantadas con los bienes que no son del Instituto y de los que se encuentran en espera del concepto técnico correspondiente; sin embargo, se observa conforme a los soportes allegados que el lleno de los conceptos se adelantaron posterior a la visita de la CGR y anteriormente no se habían adelantado las bajas de los bienes aptos para dicho procedimiento ni gestiones para su disposición final, como tampoco la organización y retiro de los bienes de la FGN.

No obstante, para el caso de los equipos que fueron observados por el grupo auditor, los mismos llevan varios meses pendientes de su baja, generando una desactualización de la información reportada al almacén. Si bien es cierto, se cuenta con los requisitos, también lo es el tiempo prolongado que llevan los equipos para definir su disposición final y aglomeración con los bienes que pertenecen a la Fiscalía, los cuales tampoco se ha logrado su retiro, generando riesgos de accidente y altos grados de deterioro de los bienes que son publicados y que podrían ser de interés por otra entidad.

Teniendo en cuenta lo expuesto, no se evidencian las acciones suficientes y efectivas para dar de baja los equipos que lo requieren, con el lleno de los requisitos, lo que no desvirtúa lo reprochado en la observación y las razones expuestas no son suficientes para justificar la falta de gestión, control y manejo adecuado de estos bienes propios y de la FGN.

Por consiguiente, y según lo manifestado por la entidad en las respuestas presentadas, esta observación se confirma como hallazgo administrativo y se mantiene la incidencia disciplinaria.

Hallazgo No.56. Equipos, muebles y enseres pendientes de baja en Neiva
COH_8035_2025-2-AU-CU: Equipos, muebles y enseres pendientes de baja en Neiva
INCIDENCIAS:

Administrativa

☒

Fiscal

☐

Disciplinaria

☒

Penal

☐

Beneficio de Auditoría

☐

IP

☐

Otras incidencias

☐

¿Cuál?

CRITERIOS:

Fuente de Criterio	Criterio
Ley 09 de 1979	Artículos 108, 109 y 112.
Decreto 284 de 2018	Artículo 2.2.7 A.1.1 y 2.2.7A.2.3 numerales 2 y 4.
Resolución 638 de 2009	Capítulo II numerales del 1-8.
Ley 1952 de 2019	Artículo 38 numeral 1, 5, 22 y 23.

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ:

El equipo auditor evidenció varios equipos, muebles y enseres pendientes para dar de baja, encontrándose a las afueras de la sede en una carpa y un cuarto frío desmantelado a la intemperie, de igual forma se corroboró que hay otros equipos en otros lugares de la sede de Neiva como lo es la oficina del facilitador de TICs y almacén de insumos. De igual manera, un equipo de Rayos X portátil, que se encuentra fuera de servicio y pendiente para dar de baja; la hoja de vida correspondiente se encuentra en la sede administrativa.



COMO:

Durante la visita técnica realizada a la sede de Neiva de Medicina Legal los días 14 y 15 de octubre del año en curso, conforme al recorrido realizado por el equipo auditor a las instalaciones de la mencionada sede, se identificaron deficiencias en la custodia, tenencia y disposición final de bienes.

CAUSA:

Esta situación se presenta, por falta de controles y aplicabilidad de los procedimientos administrativos internos tendientes a dar de baja equipos inutilizables, fuera de operación, obsoletos o irreparables; de igual forma, no se garantiza lo correspondiente a la custodia y tenencia de los bienes, así como la disposición final de residuos de aparatos eléctricos y electrónicos.

EFECTO:

Lo anterior, genera riesgos ambientales y sanitarios por inadecuada disposición de RAEE, debido a que los bienes están ocupando espacios físicos por donde transitan las personas, pudiendo ocasionar accidentes, además del incumplimiento a la custodia, al correcto manejo de los bienes eléctricos y electrónicos y a las gestiones tendientes a darlos de baja, situación que impacta la celeridad en los procesos y destinación final de los mismos.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

Los bienes ubicados dentro de la carpa y en la zona aledaña corresponden a bienes institucionales que se encuentran en proceso de baja por inservibles u obsoletos, conforme al cronograma establecido para la vigencia 2025. Se adjuntan soportes.

A la fecha de la visita realizada por la Contraloría, la entidad se encontraba desarrollando la etapa de recepción de bienes inservibles u obsoletos, programada hasta el 28 de octubre de 2025. Es importante precisar que los bienes localizados en dicha zona cuentan con el respectivo concepto técnico y el formato de solicitud de baja debidamente diligenciado y firmado. Se adjuntan soportes.

De igual forma, la Regional Sur realiza la disposición final de los bienes dados de baja a través de la Corporación Autónoma Regional del Alto Magdalena – CAM, en el marco de la campaña OPITATÓN 2025, con el gestor externo INCIHUILA, en virtud del Contrato No. 0022-DRSU-2022. Asimismo, se contempla la entrega a empresas recolectoras de residuos aprovechables, tal como se evidencia en los soportes de la baja efectuada durante el primer semestre de 2025. Estas acciones garantizan la correcta disposición final de los bienes y reflejan el compromiso ambiental de la Entidad, en concordancia con la normativa institucional y ambiental vigente.

Con base en lo anterior, se demuestra que el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses realiza los controles y los procedimientos administrativos internos tendientes a dar de baja los mencionados equipos cumpliendo con el procedimiento interno establecido para la baja de bienes inservibles u obsoletos, asegurando en todo momento la custodia, tenencia y trazabilidad de los elementos recibidos para dicho trámite.

ANÁLISIS DE LA RESPUESTA:

En relación con la respuesta otorgada por el Instituto, el mismo detalla las gestiones adelantadas con los bienes inservibles y/u obsoletos y que tienen el concepto técnico correspondiente; sin embargo, se observa conforme a los soportes allegados que el llenado de los conceptos y requisitos se adelantaron posterior a la visita de la CGR, conforme a la planeación de la vigencia, sin tener en cuenta el cúmulo de bienes y deterioro al que se encuentran expuestos a la intemperie los equipos que pudieran interesarle a otras entidades que son publicados.

No obstante, para el caso de los equipos que fueron observados por el grupo auditor, los mismos llevan varios meses pendientes de su baja, generando una desactualización de la información reportada al almacén. Si bien es cierto, se cuenta con los requisitos, también lo es el tiempo prolongado que llevan los equipos para definir su disposición final.

Teniendo en cuenta lo expuesto, no se evidencian las acciones suficientes y efectivas para dar de baja los equipos que lo requieren, con el llenado de los requisitos, lo que no desvirtúa lo reprochado en la observación y las razones expuestas no son suficientes para justificar la demora, control y manejo adecuado de dichos bienes.

Por consiguiente, y según lo manifestado por la entidad en las respuestas presentadas, esta observación se confirma como hallazgo y se mantiene la incidencia disciplinaria.

Hallazgo No.57. Equipos, muebles y enseres pendientes de baja en Cartagena

COH_8053_2025-2-AU-CU: Equipos, muebles y enseres pendientes de baja en Cartagena

INCIDENCIAS:

Administrativa ☒ Fiscal ☐ Disciplinaria ☒ Penal ☐ Beneficio de Auditoría ☐
 IP ☐ Otras incidencias ☐

¿Cuál?

CRITERIOS:

Fuente de Criterio	Criterio
Ley 09 de 1979	Artículos 108, 109 y 112.
Decreto 284 de 2018	Artículo 2.2.7 A.1.1 y 2.2.7A.2.3 numerales 2 y 4.
Resolución 638 de 2009	Capítulo II numerales del 1-8.
Ley 1952 de 2019	Artículo 38 numeral 1, 5, 22 y 23.

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ:

El equipo auditor evidenció varios equipos, muebles y enseres pendientes para dar de baja, encontrándose en las afueras de la sede y a la intemperie, de igual forma se corroboró que hay otros equipos en otros lugares de la sede de Cartagena como lo es la zona administrativa y morgue, caso de un monitor y una nevera, respectivamente.


COMO:

Durante la visita técnica realizada a la sede de Cartagena de Medicina Legal los días 16 y 17 de octubre del año en curso, conforme al recorrido realizado por el equipo auditor a las instalaciones de la mencionada sede, se identificaron deficiencias en la custodia, tenencia y disposición final de bienes.

CAUSA:

Esta situación se presenta, por falta de controles y aplicabilidad de los procedimientos administrativos internos tendientes a dar de baja equipos inutilizables, fuera de operación, obsoletos o irreparables; de igual forma, no se garantiza lo correspondiente a la custodia y tenencia de los bienes, así como la disposición final de residuos de aparatos eléctricos y electrónicos.

EFFECTO:

Lo anterior, genera riesgos ambientales y sanitarios por inadecuada disposición de RAEE, debido a que los bienes están ocupando espacios físicos por donde transitan las personas pudiendo ocasionar accidentes, además del incumplimiento a la custodia, al correcto manejo de los bienes eléctricos y electrónicos y a las gestiones tendientes a darlos de baja, situación que impacta la celeridad en los procesos y destinación final de los mismos.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

Referente a la observación no se presenta omisión ni falta de control en el manejo de bienes inservibles o fuera de servicio.

Durante la vigencia 2025, la Regional Norte ha ejecutado tres (3) procesos formales de baja de bienes inservibles, los cuales incluyeron inventarios consolidados de las sedes. conforme a los procedimientos establecidos por la Entidad y en cumplimiento a la normatividad vigente.

La sede Cartagena mantiene inventario actualizado y detallado de los equipos fuera de servicio, debidamente reportados al Grupo Administrativo y Financiero de la Regional Norte para su inclusión en el próximo proceso de baja institucional, programado para la próxima vigencia del 2026.

Los equipos identificados como obsoletos o inutilizables se encuentran bajo custodia institucional, debidamente señalizados y ubicados en zonas seguras, sin interferir con las áreas de tránsito ni representar riesgo alguno para el personal. Su almacenamiento temporal obedece a la etapa de depuración, clasificación y conciliación documental que antecede al trámite de baja formal.

La baja de bienes muebles requiere la verificación cruzada entre el área de Almacén y las unidades organizacionales, de modo que cada elemento esté plenamente identificado, conciliado y soportado documentalmente conforme a lo dispuso por la normatividad vigente y procedimiento institucionales.

Es importante destacar que la disposición final de bienes se realiza directamente desde Regional Norte, con el propósito de optimizar los recursos logísticos y ambientales, programando jornadas conjuntas de retiro y disposición, tal como lo establece la Resolución 1283 sobre manejo y disposición de RAEE.

El Instituto aplica las directrices institucionales sobre la disposición ambientalmente segura de residuos eléctricos y electrónicos, en cumplimiento del Decreto 284 de 2018 y la Resolución 851 de 2022 del Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible.

El proceso de baja contempla la entrega de los RAEE a gestores autorizados, con acta de retiro y certificación de disposición final, eliminando cualquier riesgo de afectación ambiental o sanitaria. Por lo tanto, no se presentan riesgos ambientales ni de seguridad, dado que los bienes permanecen controlados, en espacios cerrados y sin acceso al público.

ANÁLISIS DE RESPUESTA:

En relación con la respuesta otorgada por el Instituto, el mismo detalla las gestiones adelantadas con los bienes inservibles y/u obsoletos y que tienen el concepto técnico correspondiente; sin embargo, se observa conforme a los soportes allegados que el llenado de los conceptos y requisitos se adelantaron posterior a la visita de la CGR, conforme a la planeación de la vigencia, sin tener en cuenta el cúmulo de bienes y deterioro al que se encuentran expuestos a la intemperie los equipos que pudieran interesarle a otras entidades que son publicados.

No obstante, para el caso de los equipos que fueron observados por el grupo auditor, los mismos llevan varios meses pendientes de su baja, generando una desactualización de la información reportada al almacén. Si bien es cierto, se cuenta con los requisitos, también lo es el tiempo prolongado que llevan los equipos para definir su disposición final.

Teniendo en cuenta lo expuesto, no se evidencian las acciones suficientes y efectivas para dar de baja los equipos que lo requieren, con el llenado de los requisitos, lo que no desvirtúa lo reprochado en la observación y las razones expuestas no son suficientes para justificar la demora, control y manejo adecuado de dichos bienes.

Por consiguiente, y según lo manifestado por la entidad en las respuestas presentadas, esta observación se confirma como hallazgo administrativo con incidencia disciplinaria.

13.7. RESULTADOS EN RELACIÓN CON EL OBJETIVO ESPECÍFICO No. 3

OBJETIVO ESPECÍFICO 3
Atender las denuncias e insumos asignados en desarrollo de la auditoría

13.7.1. Denuncias e Insumos

Tras la evaluación y análisis de la información en el marco de la Auditoría de Cumplimiento adelantada al INMLCF, no se determinó la existencia de riesgo de detrimento patrimonial ni una indebida gestión fiscal en la administración de los recursos, frente a los hechos específicos que se indicaron en la petición antes relacionada.

Respecto de lo anterior, esta Contraloría en ejercicio de sus funciones legales, realizó la Auditoría de Cumplimiento para “Evaluar la ejecución de recursos en el manejo de Laboratorios y Morgues, y Conceptuar sobre los Recursos asignados para Laboratorios y Morgues” al INMLCF, cubriendo el periodo 2023.

Como parte de este proceso de auditoría, se revisaron los contratos 0066-SG-2022, 0259-SG-2022 y 0185-SG-2023, y se constituyó el Hallazgo 43 (Construcción Sede administrativa seccional de Cúcuta), el cual determinó presunta incidencia

Administrativa, Fiscal y Disciplinaria en aspectos no directamente relacionados con su petición.

El Informe Final de la Auditoría determinó un total de 57 hallazgos administrativos, de los cuales 16 tienen presunta incidencia disciplinaria.

14.ANEXOS

HALLAZGO	DESCRIPCION	COH	No. COMUNICACIÓN	NO. EN LA COMUNICACIÓN	DISCIPLINARIO
1	Rayos X en el área de patología de Sincelejo	COH_7046_2025-2-AU-CU	1	1	X
2	Utilización de Espacio destinado para el laboratorio de Biología en Sincelejo	COH_7052_2025-2-AU-CU	1	4	
3	Espacio para el archivo documental en la sede de Sincelejo	COH_7054_2025-2-AU-CU	1	5	
4	Cuarto frío de almacenamiento para cadáveres en Sincelejo.	COH_7055_2025-2-AU-CU	1	6	X
5	Infraestructura de la sede de Sincelejo.	COH_7058_2025-2-AU-CU	1	7	
6	Laboratorio de Balística sede Cali	COH_7053_2025-2-AU-CU	1	11	
7	Refrigeración para los equipos tecnológicos en Popayán	COH_7063_2025-2-AU-CU	1	14	
8	Aire acondicionado Consultorio Sexológico sede Tumaco	COH_7399_2025-2-AU-CU	2	18	X
9	Licencia equipo de Rayos X sede de Tumaco	COH_7401_2025-2-AU-CU	2	19	X
10	Archivo documental de patología y ciencia forense en Tumaco	COH_7402_2025-2-AU-CU	2	20	
11	Registro de bienes nuevos en la sede de Tumaco	COH_7404_2025-2-AU-CU	2	22	
12	Hojas de vida de los equipos en la sede de Tumaco	COH_7405_2025-2-AU-CU	2	23	
13	Licencia equipo de Rayos X sede de Cúcuta	COH_7407_2025-2-AU-CU	2	24	
14	Equipo medidor de velocidad del proyectil sede de Cúcuta	COH_7410_2025-2-AU-CU	2	25	X
15	Elementos materiales probatorios en la sede de Cúcuta	COH_7411_2025-2-AU-CU	2	26	
16	Deterioro en infraestructura en sede Cúcuta	COH_7416_2025-2-AU-CU	2	28	
17	Archivo de gestión y transferencias al archivo central en Cúcuta	COH_7418_2025-2-AU-CU	2	29	
18	Condiciones centro de patología cadáveres descompuestos en Quibdó	COH_7420_2025-2-AU-CU	2	30	

19	Lote para la construcción de la nueva sede Quibdó	COH_7423_2025-2-AU-CU	2	31	
20	Condiciones centro de patología cadáveres frescos en Quibdó	COH_7424_2025-2-AU-CU	2	32	
21	Refrigeración para los equipos tecnológicos en Quibdó	COH_7426_2025-2-AU-CU	2	33	
22	Hojas de vida de los equipos en la sede de Quibdó	COH_7429_2025-2-AU-CU	2	34	
23	Elementos materiales probatorios en la sede de Quibdó	COH_7430_2025-2-AU-CU	2	35	
24	Archivo documental de patología y ciencia forense en Quibdó	COH_7434_2025-2-AU-CU	2	37	
25	Ejecución Presupuestal	COH_7406_2025-2-AU-CU	2	39	
26	Equipo servicio de rayos X en la sede de Medellín	COH_7408_2025-2-AU-CU	2	40	X
27	Laboratorio de Grafología pantalla de equipo pendiente de baja	COH_7409_2025-2-AU-CU	2	41	X
28	Laboratorio de Genética equipo sin funcionar y pendiente de baja	COH_7412_2025-2-AU-CU	2	42	X
29	Almacén General Medellín	COH_7413_2025-2-AU-CU	2	43	
30	Necro móvil sede Medellín	COH_7415_2025-2-AU-CU	2	44	
31	Máquina de turnos de Medellín	COH_7417_2025-2-AU-CU	2	45	
32	Zona de Recuperación de Balística Medellín	COH_7419_2025-2-AU-CU	2	46	
33	Archivo sede Medellín	COH_7422_2025-2-AU-CU	2	47	
34	Cromatógrafo sin acta de donación Medellín	COH_7425_2025-2-AU-CU	2	48	
35	Cuarto de Insumos Santa Marta	COH_7436_2025-2-AU-CU	2	51	
36	Equipo de Rayos X Antropología sede Neiva	COH_8029_2025-2-AU-CU	3	52	
37	Licencia equipo de Rayos X sede de Neiva	COH_8031_2025-2-AU-CU	3	53	X
38	Archivo documental de gestión área de patología y clínica en Neiva	COH_8032_2025-2-AU-CU	3	54	
39	Máquina digiturno en la sede de Neiva	COH_8036_2025-2-AU-CU	3	56	
40	Equipos de cómputo en la sede de Neiva	COH_8037_2025-2-AU-CU	3	57	X
41	Ascensor interior en la sede de Cartagena	COH_8039_2025-2-AU-CU	3	58	X
42	Máquina digiturno en la sede de Cartagena	COH_8040_2025-2-AU-CU	3	59	

43	Elementos materiales probatorios en la sede de Cartagena	COH_8041_2025-2-AU-CU	3	60	
44	Archivo documental de gestión área de patología y clínica en Cartagena	COH_8042_2025-2-AU-CU	3	61	
45	Manejo de evidencias en la morgue de Cartagena	COH_8044_2025-2-AU-CU	3	62	
46	Mesas para necropsia en la sede de Cartagena	COH_8049_2025-2-AU-CU	3	63	
47	Espacios fuera de servicio sede de Cartagena	COH_8058_2025-2-AU-CU	3	66	
48	Muebles sin placa y deteriorados en la sede de Cartagena	COH_8060_2025-2-AU-CU	3	67	
49	Archivo general regional Occidente	COH_8013_2025-2-AU-CU	3	68	
50	Máquina de turnos de Pereira	COH_8015_2025-2-AU-CU	3	70	
51	Puntas conductivas para Robot Medellín	COH_8018_2025-2-AU-CU	3	73	
52	Señalizaciones y convenciones ambientales, de la sede de Sincelejo	COH_7051_2025-2-AU-CU	1	3	
53	Equipos, muebles y enseres pendientes de baja en Tumaco	COH_7403_2025-2-AU-CU	2	21	X
54	Equipos, muebles y enseres pendientes de baja en Cúcuta	COH_7414_2025-2-AU-CU	2	27	X
55	Equipos, muebles y enseres pendientes de baja en Quibdó	COH_7433_2025-2-AU-CU	2	36	X
56	Equipos, muebles y enseres pendientes de baja en Neiva	COH_8035_2025-2-AU-CU	3	55	X
57	Equipos, muebles y enseres pendientes de baja en Cartagena	COH_8053_2025-2-AU-CU	3	64	X

A: Administrativa; D: Disciplinaria; F: Fiscal;
 Elaboró: Equipo auditor.