

INFORME AUDITORÍA DE CUMPLIMIENTO

**EVALUAR LA EJECUCIÓN DE RECURSOS EN EL MANEJO DE
LABORATORIOS Y MORGUES, Y CONCEPTUAR SOBRE LOS RECURSOS
ASIGNADOS PARA LABORATORIOS Y MORGUES.**

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

**CGR-CDJ No. 16.
Noviembre de 2024**

**INFORME DE 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, INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL
Y CIENCIAS FORENSES –INMLCF.**

Contralor General de la República	Carlos Hernán Rodríguez Becerra
Contralora Delegada	Jenny Elizabeth Lindo Diaz
Director de Vigilancia Fiscal	Alberto Torres Gutiérrez
Supervisor encargado	Cristhian Camilo Álvarez Sanabria
Líder de auditoría	Gregorio Rodríguez Ordoñez
Auditores	Mabeling Nisyela Muñoz Riaño Juan Camilo Wheeler Pérez

TABLA DE CONTENIDO

1.	CARTA DE CONCLUSION	3
2.	OBJETIVO DE LA AUDITORÍA	5
3.	FUENTES Y CRITERIOS DE AUDITORÍA	5
4.	ALCANCE DE LA AUDITORÍA	6
5.	ATENCIÓN DE DENUNCIAS ASIGNADAS	6
6.	LIMITACIONES DEL PROCESO	6
7.	RESULTADOS EVALUACIÓN CONTROL INTERNO	6
8.	HECHOS RELEVANTES	7
9.	CONCLUSIONES GENERALES Y CONCEPTO DE LA EVALUACIÓN REALIZADA.	7
10.	RELACIÓN DE HALLAZGOS	9
11.	EFICACIA Y EFICIENCIA DEL PLAN DE MEJORAMIENTO	9
12.	GLOSAS DE LA COMISIÓN LEGAL DE CUENTAS	9
13.	PLAN DE MEJORAMIENTO	11
14.	OBJETIVOS	12
14.1	OBJETIVO GENERAL	12
14.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
15.	RESULTADOS DE LA AUDITORÍA	12
16.	RESULTADOS GENERALES SOBRE EL ASUNTO O MATERIA AUDITADA	12
17.	PROCEDIMIENTO DE CONTROL FISCAL A LA APLICACIÓN DE LOS PRINCIPIOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE Y DE VALORACIÓN DE COSTOS AMBIENTALES. (P-DSVCA)	13
17.1.	RESULTADOS EN RELACIÓN CON EL OBJETIVO ESPECÍFICO No. 1	15
17.1.1.	Infraestructura, dotación e inventarios	15
17.2.	RESULTADOS EN RELACIÓN CON EL OBJETIVO ESPECÍFICO No. 2	92
17.2.1.	Componente ambiental	92
17.3.	RESULTADOS EN RELACIÓN CON EL OBJETIVO ESPECÍFICO No. 3	113
17.3.1.	Donaciones y trasplantes	113
17.4.	RESULTADOS EN RELACIÓN CON EL OBJETIVO ESPECÍFICO No. 4	116
17.4.1.	Plan de mejoramiento	116
17.5.	RESULTADOS EN RELACIÓN CON EL OBJETIVO ESPECÍFICO No. 5	118
17.5.1.	Glosas de la Comisión Legal de Cuenta	118
17.6.	RESULTADOS EN RELACIÓN CON EL OBJETIVO ESPECÍFICO No. 6	118
17.6.1.	Denuncias e Insumos	118
18.	ANEXOS	119

Doctor
JORGE ARTURO JIMENEZ PAJARO
Director General
Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias
Forenses
Direccionggeneral@medicinalegal.gov.co
Bogotá D.C.

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

Respetado Doctor Jiménez:

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 la ejecución de recursos en el manejo de Laboratorios y Morgues, y Conceptuar sobre los Recursos asignados para Laboratorios y Morgues”* 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 el cumplimiento de las disposiciones normativas en materia de ejecución de recursos en el manejo de Laboratorios y Morgues, y conceptuar sobre los recursos asignados para Laboratorios y Morgues, 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.

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 *“Evaluar la contratación relacionada con el cumplimiento de las especificaciones técnicas de infraestructura, dotación e inventarios de los laboratorios y Morgues, Verificar la aplicación de los permisos y procedimientos y permisos de tipo ambiental, relacionados con los laboratorios, morgues y hornos crematorios, Verificar el proceso y procedimiento que se adelanta para las donaciones y trasplantes de órganos y tejidos, Realizar seguimiento al plan de mejoramiento y conceptuar sobre su efectividad y realizar seguimiento a las glosas de la Comisión Legal de Cuenta”*, que comprenden los periodos entre la vigencia 2023 y 2024, que soportan el proceso auditado y permitan confirmar el cumplimiento de las disposiciones legales y procedimientos internos de la Entidad.

¹ ISSAI: The International Standards of Supreme Audit Institutions.

² INTOSAI: International Organisation of Supreme Audit Institutions.

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, plasmando en este informe los hallazgos que la CGR consideró pertinentes.

2. OBJETIVO DE LA AUDITORÍA

Evaluar la ejecución de recursos en el manejo de Laboratorios y Morgues, y Conceptuar sobre los Recursos asignados para Laboratorios y Morgues.

3. 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 42 de 1993	Organización del sistema de control fiscal financiero y los organismos que lo ejercen Artículo 1 al 89, Artículo 107
Ley 87 de 1993	Normas para el ejercicio del control interno. Artículos 2 y 3
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	Ley Anticorrupción Artículo 82. Responsabilidad de los interventores. Artículo 83. Supervisión e interventoría contractual. Artículo 84. Facultades y deberes de los supervisores y los interventores Artículo 86. Imposición de multas, sanciones y declaratorias de incumplimiento. Artículo 87. Estudios previos
Ley 1437 de 2011	Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo Parte I Título I Título III
Ley 906 de 2004	Artículo 204
Ley 1252 de 2008	"Por la cual se dictan normas prohibitivas en materia ambiental, referentes a los residuos y desechos peligrosos y se dictan otras disposiciones"
Decreto 1076 de 2015	Decreto Único Reglamentario Sector Ambiente y Desarrollo Sostenible
Resolución 7350 de noviembre 29 de 2013 CGR	Sistema de Rendición Electrónica –SIRECI Capítulo II Artículo 3 Rendir Cuenta o Informes
Decreto 1082 de 2015	Estructura sector Administrativo de Planeación Nacional Libro 2 Parte 1 Título 1 Contratación Estatal
Decreto 1083 de 2015	Estructura sector Función Pública Artículo 2.1.1.1 al artículo 3.1.2
Ley 1952 de 2019	Código General Disciplinario
Decreto Ley 403 de 2020	Fortalecimiento del control fiscal General
Decreto 4741 de 2005	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.
Decreto 0351 de 2014	Por el cual se reglamenta la gestión integral de los residuos generados en la atención en salud y otras actividades.
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 16 de 2014	Modifica y define la estructura orgánica y funcional de la Fiscalía General de la Nación. Numeral 23, artículo 4; Artículo 14a, dirección del cuerpo técnico de Investigación.

Ley 938 de 2004	Naturaleza y funciones básicas del Instituto Nacional de Medicina Legal y ciencias forenses.
Ley 270 de 1996	El artículo 31 establece la Naturaleza Jurídica del Instituto Nacional de Medicina Legal y ciencias forenses.
Ley ⁹ de 1979	Por la cual se dictan Medidas Sanitarias
Ley 73 de 1988 Modificada por Ley 1805 de 2016	Por el cual se expide el Estatuto Orgánico del Sistema General de Seguridad Social en Salud
Decreto 2493 de 2004	Por medio de la cual se modifica la Ley 73 de 1988 y la Ley 919 de 2004 en materia de donación de componentes anatómicos y se dictan otras disposiciones.
Resolución No. 000382 de 2015	Por la cual se reglamenta la inscripción de entidades para la obtención de cadáveres, componentes anatómicos y tejidos, con fines de trasplante, docencia e investigación y se dictan otras disposiciones.

Fuente: Elaboración Equipo Auditor

4. ALCANCE DE LA AUDITORÍA

El alcance de la presente auditoría de cumplimiento, se comprendió con la verificación y cumplimiento a las normas y procedimientos establecidos para los recursos asignados para laboratorios y morgues, relacionados con los temas de infraestructura, dotación e inventario, componente ambiental de la entidad, donaciones y trasplantes de órganos y tejidos y avances en la efectividad del plan de mejoramiento y glosas de la Comisión Legal de Cuenta de la Cámara para la vigencia 2023 y 2024.

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

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.

5. ATENCIÓN DE DENUNCIAS ASIGNADAS

En el desarrollo de la presente auditoría, No se recibió ninguna PQRSD.

6. LIMITACIONES DEL PROCESO

Se presentaron limitaciones relacionadas con la disponibilidad de un funcionario que funge como abogado, 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 adelantas 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				BAJO				
II. Evaluación del diseño y efectividad de controles				Ítems evaluados	Puntos	Calificación	Ponderación	Calificación Ponderada
A. Evaluación del diseño				5,000	8,000	1,600	20%	0,320
B. Evaluación de la efectividad				5,000	13,000	2,600	70%	1,820
Calificación total del diseño y efectividad				2,140				
				Inadecuado				
Calificación final del control interno				2,240				
				Ineficiente				
				Valores de referencia				
				Rango		Calificación		
				De 1 a <1,5		Eficiente		
				De =>1,5 a <2		Con deficiencias		
				De =>2 a 3		Ineficiente		

De acuerdo con los datos obtenidos de la evaluación realizada, el control interno del asunto auditado para esta Entidad, presentó rango final de 2,240, correspondiente a la calificación **INEFICIENTE**, como consecuencia de debilidades en los controles implementados, reflejados en:

- Se identificaron debilidades en el cumplimiento de las normativas internas, en los cuales se establecen los lineamientos, políticas y estrategias el funcionamiento de los procesos de patología y ciencias forenses.
- Así como debilidades en la disposición y manejo de los Residuos generados por la Entidad.
- Almacenamiento y custodia de los elementos probatorios.
- Debilidades en los sistemas de tratamiento de aguas residuales y PTARs.
- Malas prácticas archivísticas.
- Hacinamiento de cadáveres.
- Demoras en la liberación de los informes periciales.
- Aglomeración y demoras en el trámite de dar de baja a los elementos tecnológicos.
- Debilidades relacionadas con la infraestructura de las Sedes.
- Equipos fuera de servicio sin ningún tipo de gestión.
- Alta carga laboral y ausencia de personal.
- Debilidades en las políticas normativas de patología y ciencias forenses.
- Un presunto daño patrimonial por recursos para la 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, con el daño patrimonial por valor de \$2.656.276.885,55.

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 la ejecución de recursos en el manejo de Laboratorios y Morgues,

y conceptuó sobre los Recursos asignados para Laboratorios y Morgues, 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**.

A continuación, se relaciona la materialidad cualitativa, criterios que se tuvieron en cuenta para el Concepto emitido:

Tabla 2. Criterios Materialidad Cualitativa

MATERIALIDAD CUALITATIVA	
Riesgo de incumplimiento normativo aplicado a los procesos internos de fuente de criterios en materias de donaciones, patología y ciencias forenses.	Se considera material el incumplimiento al marco normativo aplicado a los procesos internos, fuentes de criterios y entre otros, hasta en (2) hallazgos con incidencia disciplinario y/o un hallazgo con incidencia fiscal.
Riesgo de incumplimiento procedimientos aplicado a los procesos internos ambientales.	3 o más Hallazgos relacionados con el componente ambiental.
Plan de mejoramiento y glosas.	Hallazgos relacionados con el plan de mejoramiento o glosas de la comisión legal de cuentas y las acciones establecida.

Con el fin de desarrollar los objetivos específicos, se procedió a realizar análisis documental, legal, y conceptual al “*Evaluar la contratación relacionada con el cumplimiento de las especificaciones técnicas de infraestructura, dotación e inventarios de los laboratorios y Morgues., Verificar la aplicación de los permisos y procedimientos y permisos de tipo ambiental, relacionados con los laboratorios, morgues y hornos crematorios, Verificar el proceso y procedimiento que se adelanta para las donaciones y trasplantes de órganos y tejidos, Realizar seguimiento al plan de mejoramiento y conceptuar sobre su efectividad y realizar seguimiento a las glosas de la Comisión Legal de Cuenta*”, que comprenden los periodos entre la 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:

Debilidades en el seguimiento y control en las fechas de vencimiento de los reactivos utilizados para prestar los diferentes servicios del portafolio, semaforizándolos y registrando su información completa en los cuadros de seguimiento; además de las deficiencias en la aplicabilidad de los procedimientos de retesteo y minimizar la expiración de los mismos.

Con relación a los equipos que hacen parte de la dotación de las morgues y laboratorios, se observaron bienes fuera de operación, por falta de repuestos o de requisitos para adelantar el procedimiento de baja, por un lapso prolongado de tiempo que podría llegar a afectar los tiempos de respuesta y ocupación de espacio no propio para tal fin.

En relación con el aspecto ambiental, se presentaron deficiencias en la señalización y demarcación de convenciones ambientales de diferentes zonas que lo requieren, así como el control y seguimiento de olores en las diferentes morgues utilizadas por el Instituto y a la operación de las PTAR.

Finalmente, debilidades en la formulación de la política pública forense, e incluso de sus circulares normativas internas, en las cuales se establecen los lineamientos, capacidades y estrategias para la unificación de criterios y mejora continua en la prestación de servicio del Instituto.

10.RELACIÓN DE HALLAZGOS

Como resultado de la presente auditoría, la Contraloría General de la República constituyó (57) hallazgos administrativos, 15 disciplinarios de los cuales uno (1) tiene presunta incidencia fiscal.

Tabla 3. Relación hallazgos Auditoría

Total Hallazgos	Administrativo	Disciplinario	Fiscales	Valor Fiscales
57	57	15	1	\$2.656.276.885,55

11.EFICACIA Y EFICIENCIA DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

Teniendo en cuenta la valoración realizada por cada acción de mejora a 31 de diciembre de 2023, se obtuvo como resultado que fue **EFFECTIVO**, lo que quiere decir que, se cumplió con el 80% de las acciones cumplidas al 100% tendientes a subsanar los hallazgos identificados durante procesos auditores ejecutados y acumulados al 31 de diciembre del 2023.

Sin embargo, vale la pena indicar que durante la revisión de los soportes a las acciones de mejora cumplidas al 100%, la entidad no aportó las evidencias del todos los hallazgos, tal fue el caso del hallazgo 9 de la vigencia 2019 y el hallazgo 19 de la vigencia 2015 y adicionalmente otras acciones fueron inefectivas. Es decir, de 84 acciones de mejora, se cumplieron con 71 y de las cuales 13 no se cumplieron.

12.GLOSAS DE LA COMISIÓN LEGAL DE CUENTAS

Tabla 4. Relación hallazgos Auditoría

NO.	TITULO	ASUNTO	CONCLUSIÓN
56.1	El 1 de marzo de 2023, se circularizaron 343 empresas, entidades, fondos y patrimonios autónomos del Estado solicitando información presupuestal, contable, administrativa, resultado de la autoevaluación del sistema control interno contable, dictámenes de los revisores fiscales (en los casos que la Ley obligue a tenerlos) y cumplimiento de los planes de mejoramiento vigencia 2022	Que fuimos objeto de solicitud de información	Una vez revisada la información allegada por la entidad, no se observa gestión respecto a esta glosa y en el plan de mejoramiento no se observa actividad relacionada con esta.
56.2.1	56.2.1.- UNIDADES EJECUTORAS DEL PRESUPUESTO GENERAL DE LA NACIÓN CON EJECUCIÓN PRESUPUESTAL POR DEBAJO DEL 100% A 31 DE DICIEMBRE DE 2022.	98,22% ejecución de compromisos 90,52% ejecución por obligaciones 88,61% pagos / apropiación vigente	Si bien la entidad cumplió con las acciones de mejora establecidas en el plan de mejoramiento de esas vigencias, para el presente ejercicio auditor se constituyó un hallazgo por la misma situación para la vigencia 2023, haciendo inefectiva las acciones de mejora ya evaluadas.
56,2,10	56.2.10.- QUE 82 EMPRESAS, ENTIDADES, FONDOS Y PATRIMONIOS AUTÓNOMOS LE INFORMARON A LA COMISIÓN LEGAL DE CUENTAS DE LA CÁMARA DE REPRESENTANTES QUE DURANTE LA VIGENCIA 2022 SE PRESENTARON LIMITACIONES EN LA APLICACIÓN DE LAS NORMAS INTERNACIONALES DE CONTABILIDAD PARA EL SECTOR PÚBLICO	Limitación Técnica: Los sistemas de información complementarios que soportan información reportada en SIIF, no garantizan exactitud ni integridad de los registros para el control de la Propiedad Planta y equipo de la Entidad.	Dentro las acciones pendientes de soportar por la entidad, se encuentran relacionadas con esta glosa, dejando ver que su cumplimiento no es al 100%.

56.2.11	56.2.11.- 112 ENTIDADES PRESENTARON CORRECCIÓN DE ERRORES DEL PERIODO CONTABLE ANTERIOR (2022).	NOTA: En este punto es importante mencionar que, si bien la corrección de errores es una actividad diaria en la contabilidad, si llama la atención la cantidad de entidades con errores contables. Estos errores, le quitan razonabilidad a los estados financieros aprobados para la vigencia 2021. Es importante preguntar si estos errores contables se deben a la falta de capacitación en el manejo de las NICSP o se deben a descuido de los responsables de las áreas contables de las entidades del Estado	Dentro las acciones pendientes de soportar por la entidad, se encuentran relacionadas con esta glosa, dejando ver que su cumplimiento no es al 100%. Aunque la entidad manifiesta no tener afectación de periodos contables anteriores, si es importante la veracidad y actualización de la información revelada en los estados financieros.
56.2.12	56.2.12.- 121 ENTIDADES QUE PRESENTARON DIFICULTADES EN LA DEPURACIÓN DE OPERACIONES RECÍPROCAS A 31 DE DICIEMBRE DE 2022:	NOTA: Esta situación en muchos casos se debe a la falta de información para poder depurar las operaciones recíprocas. En otros casos, simplemente las entidades no contestan las solicitudes de otras entidades para cruzar los saldos	Se evidenciaron las gestiones adelantadas por la entidad, con el fin de dar cumplimiento a esta glosa a través de las acciones correctivas planteadas y cumplidas al 100%.
56.2.17	56.2.17.- DEBILIDADES Y RECOMENDACIONES DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO CONTABLE REPORTADAS POR 304 EMPRESAS, ENTIDADES, FONDOS Y PATRIMONIOS AUTÓNOMOS DE LA NACIÓN A LA COMISIÓN LEGAL DE CUENTAS PARA LA VIGENCIA FISCAL 2022:	Debilidades: -Falta de actualización de las Políticas Contables. -Depuración de la información, herramientas y sistemas de información. -No se cuenta con un sistema de indicadores para el análisis e interpretación de la realidad financiera del instituto, diferente a los establecidos en la caracterización de los procesos de Gestión Administrativa y Financiera, lo que limita la toma de decisiones. -Se presentan debilidades en el tratamiento de las acciones correctivas y preventivas derivadas de los hallazgos de auditoría y las recomendaciones del informe de evaluación del sistema de control interno contable año 2021. -Las políticas y procedimientos del proceso financiero se comunican a los responsables, pero no se socializan. -No se han identificado todos los riesgos del proceso contable. Entre otras. Ver informe ejecutivo anexo	Una vez revisada la información allegada por la entidad, las acciones relacionadas tuvieron cumplimiento al 100% en el plan de mejoramiento.
56.2.18	56.2.18.- OBSERVACIONES A LA MATRIZ DE AUTOEVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO CONTABLE REPORTADA POR 255 EMPRESAS, ENTIDADES, FONDOS Y PATRIMONIOS AUTÓNOMOS DE LA NACIÓN A LA COMISIÓN LEGAL DE CUENTAS A 31 DE DICIEMBRE DE 2022.	Auto calificación 4,10 Transcripción evaluación Control Interno Contable	Una vez revisada la información allegada por la entidad, las acciones relacionadas tuvieron cumplimiento al 100% en el plan de mejoramiento.
57.1	57.1.- CUENTA GENERAL DEL PRESUPUESTO Y DEL TESORO 2022	Limites en la constitución de reservas 2,8% reserva sobre apropiación (funcionamiento) 33,7 reserva sobre apropiación (Inversión)	Una vez revisada la información allegada por la entidad, las acciones relacionadas tuvieron cumplimiento al 100% en el plan de mejoramiento.
	INFORMACIÓN PRESENTADA POR LAS EMPRESAS, ENTIDADES, FONDOS Y PATRIMONIOS AUTÓNOMOS DEL ESTADO A LA COMISIÓN LEGAL DE CUENTAS DE LA HONORABLE CÁMARA DE REPRESENTANTES PARA EL FENECIMIENTO DE LA CUENTA GENERAL DEL PRESUPUESTO Y DEL TESORO Y ESTADO DE SITUACIÓN FINANCIERA (BALANCE GENERAL) DE LA NACIÓN VIGENCIA FISCAL 2022.	A.- DE ORDEN PRESUPUESTAL. B.- DE ORDEN CONTABLE C.- DE ORDEN ADMINISTRATIVO. D.- RESULTADO DE LA AUTOEVALUACIÓN DEL ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO CONTABLE A 31 DE DICIEMBRE DE 2022: E.- CUMPLIMIENTO DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO SUSCRITOS CON LA CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA A 31 DE DICIEMBRE DE 2022.	Una vez revisada la información allegada por la entidad y el cumplimiento del plan de mejoramiento, se observa el avance de acciones de mejora al respecto, pero no se observa un cumplimiento al 100% de todas, teniendo en cuenta que se tienen a la fecha actividades pendientes relacionadas.

	LIMITES DE LA LEY 225 DE 1995 EN LA CONSTITUCIÓN DE RESERVAS	constitución reservas funcionamiento 2,8% constitución reservas inversión 33,7%	Una vez revisada la información allegada por la entidad, las acciones relacionadas tuvieron cumplimiento al 100% en el plan de mejoramiento.
2	RESUMEN DEL INFORME CONSOLIDADO DE LA AUTOEVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO CONTABLE DE LAS ENTIDADES DEL NIVEL NACIONAL A 31 DE DICIEMBRE DE 2022	Control interno Contable de 3,98 en 2021 a 4,10 en 2022 Nivel eficiente	Una vez revisada la información allegada por la entidad, las acciones relacionadas tuvieron cumplimiento al 100% en el plan de mejoramiento.

Fuente: Elaboración Equipo Auditor

Teniendo en cuenta lo anterior, se evidencia debilidades en el cumplimiento de las glosas establecidas por la Comisión Legal de Cuentas de la Cámara de Representantes, relacionadas con temas presupuestales y contables, encontrando que, de las 11 glosas generales, 5 no tiene cumplimiento al 100% y se encuentran pendientes de actividades tendientes a subsanar la situación mencionada en cada una de ellas.

13. 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 Sector Justicia

Aprobó: Comité de Evaluación Sectorial – Acta 16 del 8 de noviembre 2024.
Revisó: Alberto Torres Gutiérrez, Director de Vigilancia Fiscal
Supervisó: Cristhian Camilo Álvarez Sanabria, Coordinador de Gestión
Elaboró: Equipo Auditor

14.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:

14.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar la ejecución de recursos en el manejo de Laboratorios y Morgues, y Conceptuar sobre los Recursos asignados para Laboratorios y Morgues.

14.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Evaluar la contratación relacionada con el cumplimiento de las especificaciones técnicas de infraestructura, dotación e inventarios de los laboratorios y Morgues.
2. Verificar la aplicación de los permisos y procedimientos y permisos de tipo ambiental, relacionados con los laboratorios, morgues y hornos crematorios.
3. Verificar el proceso y procedimiento que se adelanta para las donaciones y trasplantes de órganos y tejidos.
4. Realizar seguimiento al plan de mejoramiento y conceptuar sobre su efectividad.
5. Realizar seguimiento a las glosas de la Comisión Legal de Cuenta de la Cámara de Representantes para determinar la efectividad de las acciones desarrolladas y emitir pronunciamiento sobre las mismas.
6. Atender las denuncias e insumos asignados en desarrollo de la auditoría.

15. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA

16. 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, 15 tienen alcance disciplinario y uno (1) tiene presunta incidencia fiscal.

16.2.1. 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 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 conceptualizar 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.”

17. PROCEDIMIENTO DE CONTROL FISCAL A LA APLICACIÓN DE LOS PRINCIPIOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE Y DE VALORACIÓN DE COSTOS AMBIENTALES. (P-DSVCA).

De acuerdo al insumo remitido por la Delegada de Medio ambiente de la Contraloría General de la República se verificaron contratos inmersos en el proyecto de inversión relacionado a continuación:

Tabla 5. Proyecto de Inversión Componente Ambiental.

CODIGO BPIN	SECTOR	ENTIDAD	CATEGORIA	NOMBRE DEL PROYECTO	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVO ESPECIFICO RELACIONADO	PRESUPUESTO 202
20180110 00955	Justicia	Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses	Fortalecimiento de la gestión y dirección del Sector Fiscalía	Desarrollo de la gestión ambiental integral en las sedes del instituto nacional de medicina legal y ciencias forenses nacional	Cumplir los requisitos del Sistema de Gestión Ambiental	Mejorar la gestión ambiental en los procesos institucionales. Aumentar la cobertura en la implementación de sistemas de gestión ambiental en los puntos de atención del instituto.	\$700.000.000

Fuente: Elaboración Equipo Auditor

Como producto de la aplicabilidad del procedimiento de control fiscal a la aplicación de los principios de desarrollo sostenible y de valoración de costos ambientales, para la presente auditoría se aplicaron de las tres situaciones establecidas en la guía solamente la situación 1. Que corresponde al Principio general de la gestión fiscal y la situación 2. Que corresponde a los Principios generales de la gestión fiscal dentro de los trámites y permisos ambientales. Teniendo como resultado 11 hallazgos ambientales; uno de ellos con alcance disciplinario.

No se pudo dar aplicabilidad a la situación 3, ya que dentro de la verificación ningún contrato presentaba en los proyectos, obras o actividades, licencia ambiental con el instrumento de valoración económica ambiental.

Tabla 6. Resumen resultado de la aplicabilidad del Procedimiento de Control Fiscal a la Aplicación de los Principios de Desarrollo Sostenible y de Valoración de Costos Ambientales. (P-DSVCA)

No.	Hallazgo	Administrativos	Disciplinarios
1	HALLAZGO 46. Seguimiento y Control PTAR Bogotá D.C.	X	
2	HALLAZGO 53. Equipos tecnológicos pendientes de baja Cúcuta.	X	

No.	Hallazgo	Administrativos	Disciplinarios
3	HALLAZGO 54. Control de olores en la morgue de Cúcuta.	X	
4	HALLAZGO 45. Señalizaciones y convenciones ambientales, de la sede de Bogotá D.C.	X	
5	HALLAZGO 44. Equipos de Laboratorios pendientes de baja Bogotá D.C.	X	X
6	HALLAZGO 47. Seguimiento y Control PTAR Villavicencio.	X	
7	HALLAZGO 48. Equipo obsoleto en la Morgue de Barranquilla.	X	
8	HALLAZGO 49. Control de olores en la morgue de Barranquilla.	X	
9	HALLAZGO 50. Equipos, muebles y enseres pendientes de baja en Barranquilla.	X	
10	HALLAZGO 51. Contratos componente ambiental Sede Neiva.	X	
11	HALLAZGO 52. Seguimiento y Control PTAR sede Cúcuta.	X	

Fuente: Elaboración Equipo Auditor

En la sede de Bogotá D.C. se evidenció el equipo de rayos X fuera de servicio y operación; indagado 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, así como tampoco han sido recogidos por el área correspondiente.

Por otra parte, se evidenció 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 cromatógrafo de gases – masas Trace 1300 ISQ – ISO/RSH; adicionalmente, tampoco han sido recogidos por el área correspondiente.

Debilidades en el seguimiento y control de los Sistemas de tratamientos de aguas Residuales y/o PTARs de Cúcuta, Villavicencio y Bogotá D.C.

Fallas en los sistemas de control de olores en la Sede de Barranquilla.

Debilidades en la señalizaciones y convenciones ambientales, de la sede de Bogotá D.C.

Y finalmente, se evidenciaron varios 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 los pasillos del edificio donde funciona la parte administrativa de la regional Norte y otros en el lugar donde funciona el almacén.

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 accidentes, riesgos al personal 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.

Como resultado se configuraron 11 hallazgos sobre el componente ambiental, uno de ellos con alcance disciplinario, situación que puede causar riesgos ambientales y sanitarios.

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

OBJETIVO ESPECÍFICO 1
Evaluar la contratación relacionada con el cumplimiento de las especificaciones técnicas de infraestructura, dotación e inventarios de los laboratorios y Morgues.

17.1.1. Infraestructura, dotación e inventarios

Como resultado de la auditoría se detectaron 43 hallazgos de los cuales, 14 tienen alcance disciplinario representados a continuación:

- Respecto a la normatividad que rige todo lo relacionado con el servicio prestado para ciencias forenses, se identificó debilidades en la formulación y estructuración de una política pública que establezca lineamientos estándares para el cumplimiento y prestación de servicios en morgues y laboratorios a nivel nacional, entre otras cosas.
- En relación con el cumplimiento de las especificaciones técnicas de infraestructura, durante la ejecución se observó falta de mantenimiento e intervención a tiempo a las diferentes sedes del Instituto, y en general una adecuación óptima para prestar los diferentes servicios que comprenden el portafolio de Medicina Legal.
- 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.

-HALLAZGO 1. Rayos X en la sala de necropsias en Bogotá D.C.

COH_7430_2024-2-AU-CU: Rayos X en la sala de necropsias en Bogotá D.C.	
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
Ley 1952 de 2019	Artículo 38 numeral 1, 5, 22 y 23. Artículo 39 numeral 1

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ:
No se cuentan con los soportes que acrediten la licencia y el cumplimiento de los requisitos para el funcionamiento de los equipos que se encuentran para prestar el servicio de radiología.
CÓMO:
En visita técnica realizada por la CGR a la Morgue del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Bogotá D.C el día 14 de agosto del 2024, se requirió la

licencia para el uso de los equipos de radiología, la Entidad manifestó la inexistencia del documento.
CAUSA: Esta situación, se presenta por el desconocimiento de los lineamientos normativos y falta de controles en el Instituto para la legalización de los espacios 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: <i>El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses en cumplimiento a la normatividad relacionada con la Resolución 482 de 2018, emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social por " la cual se reglamenta el uso de equipos generadores de radiación ionizante, su control de calidad, la prestación de servicios de protección radiológica y se dictan otras disposiciones", y luego de cumplir con los requisitos exigidos: pruebas de blindaje y pruebas de calidad, realizadas mediante contrato 161-SG-2023 del 2023-11-22, cuyo objeto es "Contratar el servicio de control de calidad junto con un cálculo de blindaje estructural para el área de radiología de la sala de necropsias de la Regional Bogotá del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses." Con el anterior requisito cumplido se procedió a solicitar el trámite ante la Secretaría Distrital de Salud para la obtención de la licencia de funcionamiento del equipo de rayos X, desarrollando las siguientes actividades:</i> <i>El 2024-03-13 se radicó ante la Secretaría Distrital de Salud la solicitud de expedición de la licencia de funcionamiento del equipo de rayos X bajo el número ID 266, soporte que fue entregado al grupo auditor de la Contraloría General de la Nación. Anexo carpeta 1.</i> <i>El 2024-04-12 se recibió comunicación electrónica del correo OAPerez@saludcapital.gov.co, de la Secretaría Distrital de Salud solicitando subsanación de algunos documentos para dar continuidad al trámite de licenciamiento.</i> <i>El 2024-04-18 se remitió documentos de subsanación para revisión y aprobación desde el correo leidy.n.rodriquez@medicinalegal.gov.co , Anexo carpeta 1</i> <i>El 2024-06-12 mediante correo electrónico remitido de OAPerez@saludcapital.gov.co la Secretaría Distrital de Salud, solicitó nuevamente subsanación al trámite de licenciamiento.</i> <i>El 2024-08-22 se remite el Programa de Capacitación en protección radiológica y evaluación de emergencias, Anexo carpeta 1</i> <i>El 2024-09-04 se remitió mediante correo electrónico el oficio N° 0503-DRBO-2024 con documentación complementaria. Anexo carpeta 1</i> <i>El 2024-09-27 se remitió Programa de Capacitación en versión mejorada. Con lo cual estamos a la espera de la confirmación de la fecha de la visita, Anexo carpeta 1</i> <i>En relación con el Decreto 2245 de 2015, artículo 2.2.1.11.1.2, que establece "los principios para la prestación de los servicios de salud de la población privada de la libertad" se aclara, que el Instituto no presta servicios de salud para ninguna población. Así mismo, no presta servicio de radiología, se apoya en la toma de placas de rayos X para orientar el resultado de la necropsia médico legal e identificar causa, manera y mecanismo de muerte; en otros casos que no se requiere la necropsia, las radiografías permiten detectar factores individualizantes que aporten elementos en la identificación de los cuerpos. Por ello, no hay riesgo en la prestación del servicio forense, en calidad, oportunidad o garantía, ni afectación a la salud. Dado que el Instituto tiene controles de exposición a radiaciones ionizantes, mediante el servicio de dosimetría de radiaciones ionizantes, con empresa autorizada por el Ministerio de Minas- RadProct -mediante el contrato 0068-SG-2023 vigente hasta junio 2026.</i> <i>Igualmente, la entidad cuenta con las condiciones de seguridad y previene la afectación de exposición de radiaciones ionizantes, con la infraestructura de puertas plomadas y paredes acordes con la normatividad vigente, la disponibilidad de chalecos plomados con protector de tiroides y la cotización de alto riesgo acorde con la normatividad vigente.</i> <i>En coherencia con lo mencionado, el Instituto ha dado cabal cumplimiento a los requisitos establecidos en la Resolución 482 de 2018, con lo que se ha mitigado los posibles efectos que pudiese llegar a generar el uso del equipo de rayos X, como apoyo a la realización de necropsias médico legales.</i>
ANÁLISIS DE RESPUESTA: Conforme a la respuesta otorgada por el Instituto, mediante la cual detalla las diferentes gestiones tendientes a la expedición de la licencia, la cual a la fecha no se ha obtenido,

la entidad manifiesta en la respuesta que, “cuenta con las condiciones de seguridad y previene la afectación de exposición de radiaciones ionizantes, con la infraestructura de puertas plomadas y paredes acordes con la normatividad vigente, la disponibilidad de chalecos plomados con protector de tiroides y la cotización de alto riesgo acorde con la normatividad vigente.” ; sin embargo, se observa que los trámites se han adelantado desde el año 2023, sin lograr la expedición de los permisos correspondientes, debido al incumplimiento de algunos requisitos.

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.

-HALLAZGO 2. Equipos pendientes de mantenimiento en los laboratorios en la sede Bogotá D.C.

COH_7432_2024-2-AU-CU: Equipos pendientes de mantenimiento en los laboratorios en la sede Bogotá D.C.

INCIDENCIAS:

Administrativa☒Fiscal☐Disciplinaria☒Pena☐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 1-8.
Ley 1952 de 2019	Artículo 38 numeral 1, 5, 22 y 23.

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ:

Una vez realizado el recorrido por el equipo Auditor en las instalaciones de la entidad, se identificaron equipos en estado “fuera de servicio”, sin que se les haya realizado mantenimiento correctivo, afectando la función de la Entidad y los tiempos de respuesta.



	
CÓMO: En visita técnica realizada a los diferentes laboratorios ubicados en la ciudad de Bogotá D.C. del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses los días 14 y 15 de agosto del 2024, se observaron elemento etiquetados “fuera de servicio” y pendientes de mantenimiento hace varios meses.	
CAUSA: Lo anterior, se presenta por la falta de recursos para mantenimiento y reparación de equipos, asociada a debilidades en la planificación presupuestal y contractual, según las necesidades que demanda la Entidad, y de falencias de la alta Dirección para detectar situaciones como las mencionadas.	
EFEECTO: Así las cosas, se pueden materializar accidentes tecnológicos, debido a que los equipos no están en funcionamiento y se requieren para la misionalidad de la Entidad; de igual manera, disponiendo espacios inadecuados para los equipos, y afectando la oportunidad en los resultados.	
RESPUESTA DE LA ENTIDAD: <i>Los equipos que se han identificado como fuera de servicio son aquellos que han presentado alguna falla y que requieren un mantenimiento correctivo para restablecer sus condiciones óptimas de uso.</i> <i>Los mantenimientos preventivos y correctivos, pueden ser realizados por parte del Grupo Nacional de Gestión de Servicios Técnicos Especializados y Medio Ambiente o por proveedores de mantenimiento, estas actividades tienen diferentes tiempos de respuesta que pueden variar dependiendo del tipo de reporte y la disponibilidad de repuestos que se requiera para realizar el mantenimiento, en algunos casos se requiere realizar la importación de repuestos, actividad que puede tomar como mínimo un tiempo de noventa días. Con el fin de evitar traumatismos en la prestación de los servicios la entidad ha definido directrices de respaldo tecnológico en las cuales, teniendo en cuenta el tipo de técnica, institucionalmente se ha definido cuales son los laboratorios que se pueden apoyar y cuáles son los procedimientos que se deben seguir en caso de daños prolongados.</i> <i>La entidad cuenta con recursos presupuestales, planificación presupuestal y cronograma de procesos contractuales destinados al mantenimiento preventivo anual de equipos de alta tecnología, el cual se</i>	

encuentra en el Plan Anual de Adquisiciones 2024, e incluye el suministro de repuestos para garantizar el funcionamiento de los equipos. Como evidencia, en la presente vigencia fiscal se encuentran los contratos, que cuentan con la debida planeación de la etapa precontractual y están soportados en un diagnóstico de necesidades realizado a finales de cada año. Lo que conlleva a que la entidad cuente con la programación de los servicios de mantenimiento y las directrices de respaldo tecnológico establecida por la entidad que garantiza la prestación de los servicios forenses, dando cumplimiento a la misión institucional. Anexo carpeta 1.

En cuanto a los equipos que estaban fuera de servicio el día 2024-08-14, se identifican así, atendiendo una recomendación del procedimiento DG-A-P-021, como equipo no apto para servicio con el fin de evitar manipulación inadecuada y disminuir el riesgo de generar algún tipo de accidente que afecte la integridad de los usuarios. Cabe resaltar, que a la fecha en la entidad no se han presentado eventos relacionados con accidentes tecnológicos.

Para el caso puntual del equipo espectrofotómetro FTIR marca Thermo que se encontró fuera de servicio en el Grupo de Evidencia Traza, se trata de un equipo que se encuentra en garantía, el contratista INNOVATEK ha realizado varios diagnósticos, para lo cual identificó que se requiere de un detector, el contratista estima que el repuesto llega en la semana comprendida entre el 2024-09-30 al 2024-10-04. Anexo carpeta 1

Evidencia Traza

En relación con el microscopio de luz polarizada, desde el momento que se conoció de la falla de este, el Instituto asumió el mantenimiento general con dos técnicos de la entidad sin lograr la solución requerida. Posteriormente se inició la búsqueda en el mercado de especialistas en estos equipos, el cual requería una visita de diagnóstico, que dio como resultado el trámite de contratación para la prestación del servicio de mantenimiento y verificación del microscopio de luz polarizada, se inicia el proceso contractual con la radicación de la solicitud el 2024-08-28, cuyo objeto es “Prestar el servicio de mantenimiento y verificación de funcionamiento para el microscopios de luz polarizada marca Olympus del Laboratorio de Evidencia Traza del Instituto Nacional De Medicina Legal y Ciencias Forenses a nivel nacional” ante la Secretaria General mediante el oficio 0492-DRBO-2024 y actualmente está en el trámite correspondiente. Anexo carpeta 1.

Neveras: se presentó una falla eléctrica, que afectó alrededor de ocho neveras, para lo cual algunas requirieron el cambio de repuestos; otras neveras tuvieron fallas en la configuración y la activación de protecciones de los elevadores de voltaje, los cuales se hicieron los ajustes electrónicos y a la fecha todas están funcionando. Anexo. Carpeta 1.

ANÁLISIS DE RESPUESTA:

Conforme a la respuesta otorgada por Medicina Legal, el mismo aclara que los equipos que se encuentran identificados como fuera de servicio, corresponden a los que presentan alguna falla y requieren de mantenimiento correctivo, el cual tiene diferente tiempo de respuesta que puede llegar hasta 90 días; sin embargo, de los equipos observados han sobrepasado dicho periodo de tiempo. Así mismo, al tenerlos expuestos en la parte operativa del laboratorio, se tiene el riesgo de un daño adicional debido a la exposición del mismo, y la falta de funcionamiento podría impactar los tiempos de respuesta en los procesos.

De igual manera, la entidad manifiesta en la respuesta que, respecto al espectrofotómetro, se encuentra en garantía y que a la fecha de la visita no se había logrado el cambio del detector, sin lograr ponerlo en funcionamiento y cumplir con el fin para lo cual fue adquirido, generando desactualización de la información del almacén y riesgo de deterioro; sin embargo, se observaron gestiones posteriores a la visita del equipo auditor y a la fecha no se ha logrado su reparación.

Así las cosas, teniendo en cuenta lo expuesto por el instituto, no desvirtúa lo reprochado en la observación y las razones expuestas no son suficientes para justificar la demora en las gestiones para poner en funcionamiento los equipos que requieren repuestos.

Por consiguiente, esta observación se confirma, manteniendo la presunta connotación disciplinaria.

-HALLAZGO 3. Control de reactivos y a su fecha de expiración en los laboratorios de Bogotá D.C.

COH_7434_2024-2-AU-CU: Control de reactivos y a su fecha de expiración en los laboratorios de Bogotá D.C.

INCIDENCIAS:

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

CRITERIOS:

Fuente de Criterio	Criterio
Ley 87 de 1993	Artículo 2.
Resolución 638 de 2009	Capítulo II artículo 6.
NTC-ISO/IEC-17025:2017	Numeral 7.7.1 c)
NTC-ISO 9001:2015	Numeral 8.5.1 c)
Procedimiento: Manejo de reactivos e insumos empleados en los laboratorios y organismos de inspección forenses en el INMLCF, código DG-M-I-087 Versión 7.	19.1 Insumos y servicios adquiridos con destino a los servicios periciales del Instituto.
Código del documento: DG-MANUAL-001	
Ley 1952 de 2019	Artículo 38 numeral 1, 5, 22 y 23.

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ:

El equipo auditor evidenció que, no se tiene un control unificado a nivel nacional de los reactivos y sus fechas de vigencia, con la debida semaforización, para todos los laboratorios que prestan servicios del portafolio del Instituto, como se detalla a continuación:

Cuadro 1. de reactivos vencidos en laboratorios de Bogotá

LABORATORIOS	No REACTIVOS VENCIDOS	OBSERVACIONES
LAB - Balística	19	Una vez revisada la solicitud de información No 2 solicitada a la entidad la cual aportó en una carpeta compartida se evidenció que se encuentran unos reactivos vencidos
LAB - Estupefacientes	114	Una vez revisada la solicitud de información No 2 solicitada a la entidad la cual aportó en una carpeta compartida, se evidenció que 4 de ellos no tienen fecha de expedición, ni días de alerta.
LAB – Evidencia Traza	194	Una vez revisada la solicitud de información No 2 solicitada a la entidad la cual aportó en una carpeta compartida, no se conoce su fecha de ingreso por tal razón no se puede evidenciar si se encuentran vencidos o no.
LAB - Genética	39	Una vez revisada la solicitud de información No 2 solicitada a la entidad la cual aportó en una carpeta compartida, se evidenció que 17 de ellos no se conoce su fecha de vencimiento.
LAB - Toxicología	29	Una vez revisada la solicitud de información No 2 solicitada a la entidad la cual aportó en una carpeta compartida, se evidenció que 24 de ellos no se reporta la fecha de ingreso ni cuando se vencen.
Lofoscopia	66	Una vez revisada la solicitud de información No 2 solicitada a la entidad la cual aportó en una carpeta compartida, se evidenció que 32 de ellos indican que no tiene fecha de vencimiento por el fabricante, pero tienen fecha de cuando ingresaron, 14 tienen fecha de vencimiento.

Fuente: Elaboración propia, equipo auditor

CÓMO:

Durante la visita técnica realizada a los diferentes laboratorios ubicados en la ciudad de Bogotá D.C. del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses los días 14 y

20

Carrera 69 No. 44-35 Piso 1 • Código Postal 111071 • PBX 647 7000
cgr@contraloria.gov.co • www.contraloria.gov.co • Bogotá, D. C., Colombia

15 de agosto del año en curso, se evidenció que en los documentos aportados por la entidad no se está revisando las fechas de vencimiento de los reactivos.

CAUSA:

Esta situación se presenta por debilidades de control y seguimiento, debido a la carencia de protocolos y procedimientos que unifiquen criterios para el rastreo de las fechas de expiración de los mismos, restando confiabilidad y calidad de estos.

EFFECTO:

Lo anterior, genera riesgo para la continua, oportuna y eficaz prestación de los diferentes servicios forenses ofrecidos por el Instituto debido a la falta de precisión en el control de insumos y fechas de expiración, que puede llegar a impactar la calidad y oportunidad de respuesta.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses tiene procedimientos establecidos que incluyen manejo de reactivos, así como controles para el seguimiento de las fechas de expiración de los reactivos que están vencidos en los laboratorios. A estos se les realiza verificación de aptitud de uso (prueba de control), comprobando que pueden seguir siendo utilizados dentro de los respectivos laboratorios del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, para realización de los análisis forenses sin comprometer la calidad de los resultados emitidos.

Así mismo, se tiene documentado que la aptitud de uso de reactivos de partida se verifica con cada solución preparada que es sometida a una prueba de control positivo, lo que permite realizar la extensión de vida útil a las diferentes sustancias químicas utilizadas. Esto se encuentra en el instructivo institucional “Manejo de reactivos e insumos empleados en los laboratorios y organismos de inspección forenses en el INMLCF”, disponible para consulta y uso de todo el personal en la plataforma ISOLUCION con código DG-M-I-087. Adicionalmente, el documento contiene información relacionada con la marcación y sistema de semaforización de los reactivos, que tiene como objetivo alertar sobre el vencimiento de los mismos, permitiendo un seguimiento periódico, en el formato “Inventario de reactivos”.

En razón a que el uso de reactivos con fecha de expiración vencida de acuerdo con información de fabricante, cada laboratorio ha implementado controles para continuar con el uso sin comprometer la calidad de los resultados, prestando un servicio de manera continua, oportuna y eficaz, propendiendo por la optimización de los recursos.

Específicamente para el Grupo de Genética Forense se tiene el anexo “Indicaciones para la verificación de reactivos críticos en los laboratorios de genética del INMLCF”, código DG-M-I -087-AX-001 y para el registro de la verificación que se realiza se emplea el formato “Registro de verificación de reactivos críticos de los laboratorios de Biología y Genética forense”, código DG-M-I-087-F-006. Anexo carpeta 1.

En el caso del Grupo de Estupefacientes Forense, la verificación del reactivo se realiza en el momento de hacer uso de ellos, con los controles positivos y negativos al preparar soluciones de trabajo. A partir de la preparación de las soluciones de trabajo se fija una fecha de vencimiento, de acuerdo con el tipo de reactivo, una vez cumplido este plazo se realiza una verificación de aptitud de uso y se extiende el tiempo de vida útil. La vigencia de las soluciones se encuentra documentada en el procedimiento DG-M-P-070 “Abordaje para el análisis de sustancias en el laboratorio de estupefacientes”, registro “Preparación de soluciones reactivo y volumétricas” código DG-M-P-070-AX007. Como evidencia, se adjunta una copia del formato de registro de preparación del reactivo Dragendorff, Anexo carpeta 1.

En conclusión, no hay riesgo que los análisis o inspecciones se puedan ver afectados en calidad u oportunidad por la utilización de reactivos con fecha de expiración vencida de acuerdo con información de fabricante, ya que se implementa seguimiento y control de la aptitud de uso.

ANÁLISIS DE RESPUESTA:

Conforme a la respuesta otorgada por Medicina Legal, se aclara los tipos de controles que se adelantan en los diferentes laboratorios y los procedimientos que se realizan para comprobar si se pueden seguir utilizando los reactivos que se encuentran vencidos. Sin embargo, en la visita por parte del grupo auditor se observó que no todos los reactivos se encuentran semaforizados y no se evidenció la información completa en los cuadros Excel que son registrados por los funcionarios responsables.

Teniendo en cuenta lo expuesto, no se evidencian las acciones suficientes y efectivas

para el adecuado control de reactivos y sus fechas de vencimiento, además de las pruebas de retesteo que aún no es lo suficientemente claro en cuanto a su documentación y registro; lo que no desvirtúa lo reprochado en la observación y las razones indicadas no son suficientes para justificar el manejo actual de los inventarios de reactivos y sus fechas de expiración.

Así las cosas, esta observación se confirma como hallazgo manteniendo la presunta connotación disciplinaria.

-HALLAZGO 4. Máquina trituradora de la mesa No. 12 de la Morgue Bogotá D.C.

COH_7435_2024-2-AU-CU: Máquina trituradora de la mesa No. 12 de la Morgue Bogotá D.C.

INCIDENCIAS:

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

¿Cuál?

CRITERIOS:

Fuente de Criterio	Criterio
Ley 938 de 2004	Artículos 35 y 36 numerales 2 y 3.
Ley 87 de 1993	Artículo 2 literales b, d y f.
Ley 1952 de 2019	Artículo 38 numeral 1, 5, 22 y 23.

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ:

Se realizó inspección ocular a sus instalaciones y se identificó que la mesa de necropsia No 12 se encuentra fuera de servicio debido a que la trituradora carece de un repuesto que aún no se adquiere hace meses atrás; siendo la mesa utilizada para otros fines diferentes para lo cual realmente se adquirió.



CÓMO:

En visita técnica realizada a la Morgue del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses ubicada en la ciudad de Bogotá D.C. el día 14 de agosto del año en curso, durante el recorrido realizado por el equipo auditor en las instalaciones, observó que la mesa No 12 se encuentra fuera de servicio.

CAUSA:

Esta situación se presenta por la falencia en la asignación de recursos para mantenimientos y debilidades en la planificación presupuestal y contractual de acuerdo

a los intereses procesales que demanda la Entidad y fallas por parte de la alta dirección para identificar las situaciones presentes.

EFFECTO:

Lo anterior, conlleva que se pueda materializar inoportunidad y reducción en el servicio de necropsia, ya que los equipos no están cumpliendo con su función para lo cual se adquirió, además de acelerar su deterioro por no ser utilizada y que se disponga el espacio para funciones diferentes.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

Es importante anotar que la sala de necropsias de la Regional Bogotá fue objeto de remodelación total en el año 2018 a 2020, por lo que hasta el año pasado los mantenimientos eran asumidos como parte de la garantía contractual; es así que para la vigencia actual se destinaron recursos para la contratación de repuestos en caso de ser necesarios, mientras surten los trámites necesarios para dicha contratación, el Grupo Nacional de Servicios Técnicos Especializados ha asumido los mantenimientos requeridos y de esta manera, se ha garantizado la disponibilidad de uso de las mesas de necropsia.

Este elemento es usado para el abordaje de las autopsias, como los siguientes procedimientos: abordajes de necropsia en cuerpos frescos, necropsias de cuerpos esquelizados y casos de identificación; las características técnicas de las mesas de la sala de necropsias en Bogotá tienen algunas particularidades dadas su fabricación extranjera; que requieran insumos importados, según reporta el distribuidor de la marca Morteck en Colombia. En esas circunstancias, el Grupo Nacional de Gestión de Servicios Técnicos realizó una adaptación que permite la operación y funcionalidad del triturador.

Cabe resaltar, que durante la avería del triturador de la mesa número 12, ésta fue usada para procedimientos que no requieran hacer uso de éste, sin causar deterioro o afectar su adecuado funcionamiento tales como abordajes de cuerpos esquelizados y casos de identificación, por tal razón la mesa 12 se ha mantenido en uso.

Por otra parte, desde la coordinación del Grupo de Patología Forense con las mesas de necropsia se garantiza el abordaje diario de los casos que ingresan a la sala de necropsias de Bogotá, en dos turnos am. y pm., sin que se afecte la oportunidad en el abordaje de los cuerpos que ingresan al Grupo de Patología Forense.

Con lo mencionado, se evidencia que las mesas están siendo empleadas para los fines previstos y no se ha afectado la capacidad operativa ni la oportunidad en el abordaje de los cuerpos que ingresan al Grupo de Patología Forense.

Para la vigencia actual se destinaron recursos para la contratación de los repuestos necesarios para el funcionamiento de las mesas de necropsia y el Grupo Nacional de Servicios Técnicos Especializados ha asumido los mantenimientos requeridos, garantizando de esta manera, la oportunidad y eficiencia en la prestación del servicio de necropsias médico legales.

ANÁLISIS DE RESPUESTA:

Conforme a la respuesta otorgada por Medicina Legal, se detalla la situación particular con la mesa para necropsia y el repuesto importado que requiere la trituradora. Sin embargo, en la visita por parte del grupo auditor se observó que dicha mesa no se encontraba prestando ningún servicio para la cual fue adquirida por varios meses, por el contrario, se corroboró que era utilizada para temas administrativos y a pesar de tener la capacidad para evacuar las necropsias, dada una contingencia podría afectarse el servicio.

Teniendo en cuenta lo expuesto y a pesar de las gestiones realizadas, a la fecha la mesa No. 12 no funciona y las acciones adelantadas no han sido suficientes ni efectivas para subsanar lo observado por el grupo auditor, 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 los repuestos.

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 5. Espacio para el archivo documental patología en la sede de Bogotá D.C.

COH_7442_2024-2-AU-CU: Espacio para el archivo documental patología en la sede de Bogotá D.C.	
INCIDENCIAS: Administrativa ☒ Fiscal ☐ Disciplinaria ☒ Penal ☐ Beneficio de Auditoría ☐ IP ☐ Otras incidencias ☐ <i>¿Cuál?</i>	
CRITERIOS:	
Fuente de Criterio	Criterio
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
Ley 1952 de 2019	Artículo 38 numeral 1 y 6.

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ:

Las diferentes carpetas correspondientes a procesos de patología, se encuentran en los pasillos de la infraestructura donde funcionó el antiguo colegio Santa Inés, en donde no se brindan las condiciones archivísticas adecuadas ni la tenencia y custodia apropiada.



CÓMO:

Durante la visita técnica realizada a la sede de Medicina Legal ubicada en la ciudad de Bogotá D.C. los días 14 y 15 de agosto del año en curso, se verificó que las carpetas se encuentran en los pasillos del colegio sin ninguna protección.

CAUSA:

Esta situación se presenta por falta de planeación en la construcción y estudios de las necesidades del espacio de infraestructura que requiere la Entidad para efectuar sus actividades misionales y la aplicación de las normas en la organización documental.

EFEECTO:

Esto genera que existan riesgos de pérdida de expedientes por falta de seguridad ya que no existe puerta alguna, adicionalmente riesgos de afectación de los expedientes por fugas de agua, ya que las condiciones del espacio carecen de las medidas adecuadas para dicho propósito.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

Los documentos que reposan en la sede de la Escuela Santa Inés corresponden a copia de informes periciales del Grupo de Clínica Forense, no de Patología Forense como se relaciona en el oficio de observaciones del ente de control.

Los informes originales de Clínica Forense se remiten a la autoridad solicitante en cumplimiento de la Ley 906 de 2004 artículo 270 y sentencia C-980-2005, que señala “el informe pericial se entregará bajo recibo de solicitante y se conservará un ejemplar del este en el Instituto solo en caso de consulta “, y a los cuales se les debe dar el tratamiento de acuerdo con la tabla de retención documental y riesgo biológico.

En cuanto a la seguridad en el área de archivo de Clínica Forense de la sede de la Escuela Santa Inés, solo ingresa personal autorizado previamente por el Coordinador del Grupo Nacional de Gestión Administrativa, custodiado por el vigilante de la entrada principal de la Escuela Santa Inés, se anexa copia de algunos oficios como prueba.

Con lo anteriormente mencionado se deja de presente que no da lugar a que haya falta de planeación en la construcción y estudios del espacio físico y el archivo de gestión documental allí son copias de informes porque el original, se envía al solicitante y se salvaguarda.

ANÁLISIS DE RESPUESTA:

Conforme a la respuesta otorgada por el Instituto, la entidad aclara el tipo de archivo que se encuentra en la sede Santa Inés, mencionando que corresponde a copia de los informes periciales, motivo por el cual no son los originales, ya que éstos son remitidos a la autoridad solicitante; adicionalmente indican que se cuenta con la seguridad y tratamiento adecuado según tabla de retención documental y riesgo biológico.

No obstante, durante el recorrido por el grupo auditor, no se observa la custodia ni espacio adecuado para la salvaguarda de los documentos, toda vez que se encuentran muy expuestos y sin la organización correspondiente, generándose un riesgo de deterioro y/o pérdida.

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

HALLAZGO 6. Almacenamiento y atención en el laboratorio de Evidencia traza en Bogotá D.C.

COH_7443_2024-2-AU-CU: Almacenamiento y atención en el laboratorio de Evidencia traza en Bogotá D.C.

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 7. Almacenamiento de evidencias 7.1.
GUÍA DE PROCEDIMIENTOS PARA LA REALIZACIÓN DE NECROPSIAS MEDICOLEGALES Segunda edición.	Componente N° 2 – 8.11 literales a y b.

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ: Los elementos probatorios en el laboratorio de evidencia traza, 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 depositan en lockers informales que no cuentan con las condiciones de seguridad para su almacenamiento; Así mismo, durante el recorrido la Entidad manifestó que, los indicadores de entrega de informes periciales presentan retrasos y represamiento, teniendo un tiempo de respuesta de más de 205 días, incumpliendo con los indicadores previstos y programados dentro de sus objetivos.
CÓMO: En visita técnica realizada a los diferentes laboratorios ubicados en la ciudad de Bogotá D.C. del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses los días 14 y 15 de agosto del año en curso, se pudo comprobar que el material probatorio de la evidencia traza se encuentra en malas condiciones de almacenamiento y no se está cumpliendo con la oportunidad en los procesos.
CAUSA: La situación descrita, se presenta debido a la falta de condiciones de seguridad aptas para el almacenamiento de medios probatorios y evidencia física, lo que condujo a la improvisación de espacios provisionales para efectuar las actividades periciales, para lo cual no se tomaron las medidas necesarias de adecuaciones ante las contingencias de obra; debilidades por parte de la alta Dirección en la identificación y priorización de las necesidades que demanda la Entidad.
EFECTO: Así las cosas, esta situación genera riesgo de alteración de elementos materiales probatorios, pérdida, deterioro exógeno y daño de los EMP y EF dispuestos en este espacio, incumpléndose con el resguardo y la garantía de autenticidad de los medios de prueba almacenados, baja confiabilidad y demandas en contra del Instituto por resultados periciales alterados y/o errados. Ulteriormente, podría generar afectación en la oportunidad y retrasos en la entrega de los informes de los procesos judiciales.
RESPUESTA DE LA ENTIDAD: <i>Los elementos materia de prueba del Grupo de Evidencia Traza se almacenan en muebles – cajoneras- con llave, para cada perito se tiene un mueble independiente e identificado con su nombre, dentro el laboratorio.</i> <i>El material que se almacena en lockes sin llave, corresponde a papelería e insumos de oficina de uso común del Grupo de Evidencia Traza, que no requiere seguridad.</i> <i>Los elementos materia de prueba que se encuentran en tamizaje, aún sin asignación a perito, se almacenan en mueble bajo llave y dentro del laboratorio, cuyo acceso es limitado a personal autorizado.</i> <i>Por lo anterior, el laboratorio mantiene todos los elementos materia de prueba bajo completa cadena de custodia, asegurando y resguardando bajo llave todas las evidencias, con el control permanente de las condiciones ambientales de humedad y temperatura. Imágenes carpeta 1.</i>
ANÁLISIS DE RESPUESTA: Conforme a la respuesta otorgada por el Instituto, la entidad indica y detalla el almacenamiento de los elementos materiales de prueba en el laboratorio de evidencia traza, aduciendo que existe un acceso restringido y un resguardo efectivo por cada uno de los peritos. No obstante, durante el recorrido por el grupo auditor, se observó que dicho espacio en su momento se encontraba abierto y en riesgo de exposición a personal no autorizado y se encuentran bajo llave al realizarse la asignación a los peritos.

Así las cosas, esta observación se confirma como hallazgo administrativo y desestima la incidencia disciplinaria.

HALLAZGO 7. Elementos materiales probatorios laboratorio de biología de Bogotá D.C.

COH_7444_2024-2-AU-CU: Elementos materiales probatorios laboratorio de biología de Bogotá D.C.

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° 2 – 8.11 literales a y b.

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ:

En el laboratorio de biología, específicamente en el cuarto de almacenamiento de evidencias, el grupo auditor observó varias bolsas que contienen elementos materiales probatorios de casos ya analizados, 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.



CÓMO:

En visita técnica realizada a los diferentes laboratorios ubicados en la ciudad de Bogotá D.C. del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses los días 14 y 15 de agosto del año en curso, durante el recorrido adelantado en las instalaciones del laboratorio, observó un espacio tipo bodega con muchos elementos probatorios, desordenado y en malas condiciones de almacenamiento, sin gestión alguna.

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, lo que condujo a la improvisación de espacios provisionales para el almacenamiento de dichas evidencias

EFFECTO:

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

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

Las evidencias del Grupo de Biología Forense pendientes para disposición final, son evidencias que ya fueron analizadas, de estas se obtuvieron los EMP susceptibles de análisis; de todas las evidencias el Grupo de Biología Forense conserva un remanente en caso de requerir un reanálisis, por lo tanto no hay riesgo de pérdida de la capacidad demostrativa del EMP y estos tampoco constituyen un riesgo biológico para los funcionarios, ya que no requieren de condiciones especiales de temperatura o humedad para su almacenamiento.

Así mismo, el Instituto adelanta un plan de descongestión con la Oficina de Descongestión de Bienes de la Fiscalía General de la Nación; con el fin de realizar la disposición final de los EMP previa autorización de la autoridad competente. En el marco de esta gestión se informa que ya han sido destruidas más de 3000 evidencias.

Las evidencias están almacenadas en un cuarto dentro del laboratorio bajo llave, de acceso restringido y autorizado solamente para un servidor (custodio), por lo tanto, no hay riesgo de pérdida de los elementos remanentes. Anexo carpeta 1.

ANÁLISIS DE RESPUESTA:

Conforme a la respuesta otorgada por el Instituto, la entidad manifiesta el tipo de elementos materiales probatorios que se encuentran almacenados y pendientes de su disposición final, aduciendo que no existe riesgo biológico ni de pérdida, sin embargo, se adelanta un plan de descongestión con la Fiscalía correspondiente.

No obstante, lo reprochado por el grupo auditor, corresponde al represamiento de la disposición final de los EMP, para lo cual la entidad ya se encuentra adelantando gestiones al respecto, que no justifican ni desvirtúan lo observado.

Así las cosas, esta observación se confirma como hallazgo administrativo y se desestima la incidencia disciplinaria.

HALLAZGO 8. Conciliación entre el almacén general y contabilidad en Bogotá D.C.

COH_7445_2024-2-AU-CU: Conciliación entre el almacén general y contabilidad en Bogotá D.C.

INCIDENCIAS:

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

¿Cuál?

CRITERIOS:

Fuente de Criterio	Criterio
Régimen de Contabilidad Pública	Sección VII numeral 8
Resolución No.193 del 05 de mayo de 2016 de la CGN	3.2.9, 3.2.9.1, 3.14 y 3.15

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ:

Al indagar con la persona responsable del almacén general, se evidenció la inexistencia de la conciliación entre el área de almacén y contabilidad, teniendo en cuenta lo manifestado por la persona responsable de la no realización de la misma, como tampoco

se observó un procedimiento documentado que permita verificar la conformidad de la información reportada por el área administrativa y la registrada por el área financiera.
CÓMO: En visita técnica realizada a las instalaciones del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses los días 14 y 15 de agosto del año en curso realizada en la ciudad de Bogotá D.C., durante el recorrido el grupo auditor indago si había existencia de documentos de conciliación entre el área de almacén y contabilidad, y la Entidad manifestó que no realizaba dicha actividad.
CAUSA: Lo anterior, evidencia inobservancia y deficiencias de Control Interno Contable de acuerdo con lo establecido en los numerales 3.2.14 Análisis, verificación y conciliación de información y 3.2.9.1 Responsabilidad de quienes ejecutan procesos diferentes al contable (Anexo) de la Resolución No.193 del 05 de mayo de 2016 de la CGN, “Por la cual se Incorpora, en los Procedimientos Transversales del Régimen de Contabilidad Pública, el Procedimiento para la evaluación del control interno contable”, e incumplimiento con el Régimen de Contabilidad Pública, sección VII numeral 8 principios de contabilidad pública, como lo es la prudencia.
EFFECTO: Los cuales, al no aplicarse adecuadamente, afectan la razonabilidad, veracidad y confiabilidad de los saldos financieros.
RESPUESTA DE LA ENTIDAD: <i>El Grupo Nacional de Gestión Contable y de Costos mensualmente elabora conciliación de información entre los saldos que reporta el Almacén General (consolida todos los almacenes) y los saldos contables tomados del aplicativo SIIF Nación II; en ella se establecen las diferencias y sus causas, para efectuar seguimiento y ajustes a la contabilidad en caso de requerirse.</i> <i>Mediante comunicaciones a los almacenistas se solicita información aclaratoria y estos a nivel nacional responden a requerimientos efectuados.</i> <i>A la fecha, el Instituto cuenta con la conciliación de saldos entre Almacén General y Contabilidad a fecha 31 de julio de 2024 (último mes cerrado en la contabilidad).</i> <i>Se carga en el drive la conciliación correspondiente al mes de julio de 2024; donde para su elaboración se tomó el reporte del Almacén General de fecha 6 de agosto de 2024 y Contable de fecha 23 de agosto de 2024.</i> <i>Como evidencia de lo anterior, se aporta el correo del profesional a cargo de esa actividad en el Grupo Nacional de Gestión Contable y de Costos, dando cuenta que el 24 de julio de 2024, remitió a la Coordinación del Grupo la conciliación correspondiente al 30 de junio de 2024. Así mismo, copias de correos electrónicos donde se efectúan solicitudes a los almacenistas del nivel nacional y estos remiten soportes y/o aclaraciones. Anexos carpeta 2.</i>
ANÁLISIS DE RESPUESTA: Conforme a la respuesta otorgada por el Instituto, la entidad aclara y allega los reportes del almacén general y el balance a julio de 2024, manifestando que se establecen las diferencias y las causas, para efectuar los ajustes a que haya lugar. No obstante, al momento de la visita no fueron expuestos dichos documentos y por el contrario el funcionario encargado manifestó no realizar dicha actividad, adicionalmente, los soportes remitidos carecen de las firmas de los responsables de cada área. Así las cosas, esta observación se confirma como hallazgo administrativo.

HALLAZGO 9. Fortalecimiento de la Política del Sistema de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

COH_7446_2024-2-AU-CU: Fortalecimiento de la Política del Sistema de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

INCIDENCIAS:

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

¿Cuál?

CRITERIOS:

Fuente de Criterio	Criterio
Ley 938 de 2004	Artículo 36 numerales 1 y 5.
Resolución 00631 del 30 de agosto de 2019	Artículo 4.
Resolución 00662 del 20 de septiembre de 2019	Literal f)

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ:

Se evidenciaron debilidades e insuficiencia de normatividad, necesarias para el funcionamiento oportuno y eficaz de la política de Medicina Legal y Ciencias Forenses, debido a vacíos jurídicos en directrices y estandarización de conceptos y criterios de evaluación de las condiciones aptas de los centros de patología y ciencias forenses. De igual manera, la calidad de los espacios no está debidamente reglamentada y definida, por lo que existe pluralidad en las condiciones de las Morgues y Laboratorios.

CÓMO:

Una vez analizadas las políticas y normas que regulan el ejercicio y prestación de servicios forenses en cabeza del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, se identificó falta de normatividad que regulen el funcionamiento de Morgues y laboratorios.

CAUSA:

Esta situación se presenta por debilidades y falta de 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, 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 DE LA ENTIDAD:

El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses no tiene iniciativa legislativa ni la competencia para expedir la normatividad jurídica colombiana.

En ese sentido, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, no es competente para expedir normas, ni reglamentar lo asociado a la estructura y funcionamiento de las morgues y laboratorio de ensayo y organismos de inspección; en su lugar, la definición, misionalidad y funciones de la entidad están claramente definidas en los artículos 33, 35 y 36 de la Ley 938 de 2024, “Por la cual se expide el Estatuto Orgánico de la Fiscalía General de la Nación.” que determina:

“ARTÍCULO 33. El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses pertenece a la Rama Judicial y se encuentra adscrito a la Fiscalía General de la Nación, como establecimiento público del orden nacional, dotado de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa.”

30

Carrera 69 No. 44-35 Piso 1 • Código Postal 111071 • PBX 647 7000
cgr@contraloria.gov.co • www.contraloria.gov.co • Bogotá, D. C., Colombia



“ARTÍCULO 35. La misión fundamental del Instituto es prestar auxilio y soporte científico y técnico a la administración de justicia en todo el territorio nacional, en lo concerniente a medicina legal y las ciencias forenses.”

“ARTÍCULO 36. En desarrollo de su misión, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses tiene las siguientes funciones:

1. Organizar y dirigir el Sistema de Medicina Legal y Ciencias Forenses y controlar su funcionamiento. [...].

5. Definir los reglamentos técnicos que deben cumplir los distintos organismos y personas que realicen funciones periciales asociadas con medicina legal, ciencias forenses y ejercer control sobre su desarrollo y cumplimiento. [...]”

Es decir que, la normatividad expuesta, no determina dentro de las funciones encomendadas al INMLCF, ni puede inferirse de ella que, el Instituto sea responsable de gestionar “la estructuración, caracterización e impulso”, ni reglamentar o regular el funcionamiento de las Morgues y laboratorios de ensayo y organismos de inspección del país¹. La misionalidad y funciones del Instituto están dirigidas específicamente a realizar el apoyo técnico y científico a la administración de justicia; para tal fin, el Instituto ha expedido y continua con la emisión de los respectivos documentos, de carácter científico y forense, como lo son los procedimientos estandarizados de trabajo, las guías, protocolos y reglamentos, aplicables al abordaje de casos conocidos en el sistema medicolegal; esto para definir los criterios mínimos que deben tener en cuenta, tanto los peritos del Instituto, como los demás peritos autorizados por la ley² para la realización de valoraciones médico legales o pruebas de carácter forense.

Así mismo, el Instituto realiza los procesos de acreditación de los Laboratorio de ensayo y organismos de inspección de la entidad, a través del Organismo Nacional de Acreditación de Colombia ONAC-; con el fin de garantizar la competencia de estos, a través del cumplimiento de normas internacionales como lo son: NTC-ISO/IEC 17025 y NTC-ISO/IEC-17020; siendo estas las normas técnicas que establecen, en algunos de sus requisitos, los criterios asociados a la estructura, instalaciones y condiciones ambientales de los laboratorios de ensayo y organismos de inspección.

Por otra parte, es necesario recordar que, el Ministerio de Salud y Protección Social, es la entidad encargada de “Reglamentar la práctica de autopsias de cadáveres humanos;”, conforme lo dispuesto en el artículo 515 de la ley 9 de 1979; sobre el particular, el Ministerio emitió la Resolución 5194 del 10 de diciembre de 2010 “Por la cual se reglamenta la prestación de los servicios de cementerios, inhumación, exhumación y cremación de cadáveres.”, y determinó las “Características del área de exhumaciones y/o morgue”.

Ahora bien, respecto del Sistema de Medicina Legal y Ciencias Forenses:

- El artículo 4 de la Resolución 00631 del 30 de agosto de 2019, “Por la cual se reestructura el Sistema de Medicina Legal y Ciencias Forenses”, establece los objetivos del sistema así:

- 1. Promover el desarrollo y calidad dentro del quehacer de la medicina legal y las ciencias forenses, como ciencia y profesión, bajo las exigencias éticas y legales.*
- 2. Promover la formación y capacitación de los profesionales y técnicos forenses y la calidad de los servicios.*
- 3. Facilitar y promover el desarrollo y avance de la medicina legal y las ciencias forenses y sus diferentes disciplinas.*
- 4. Promover la evaluación y mejora continua del sistema de Medicina Legal y Ciencias Forenses.*
- 5. Unificar y estandarizar en el marco de la política de ciencia, tecnología e innovación, documentos técnicos y científicos en materia médico legal y de ciencias forenses.*

6. Contribuir a la identificación, desarrollo y fortalecimiento de competencias o habilidades que requiera el Sistema de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

7. Generar desarrollo en temas médico legales y de ciencias forenses, acorde con las necesidades del país.

8. Emitir directrices para optimizar la respuesta a la administración de justicia con relación a las pruebas periciales.

9. Fortalecer la cobertura y oportunidad de los servicios médico legales y de ciencias forenses.

10. Divulgar resultados e información del campo de la medicina legal y ciencias forenses, de interés para la comunidad.

11. Promover la certificación de peritos y la acreditación de procesos.

-El literal f) del artículo 1 de la Resolución 00662 del 20 de septiembre de 2019 “Por la cual se establece la Política del Sistema de Medicina Legal y Ciencias Forenses”, determinó que:

“[...] El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, como ente rector del Sistema de Medicina Legal y Ciencias Forenses, y Centro Científico de referencia de Medicina Legal, organizará y desarrollará en todo el territorio nacional las siguientes actividades:

“[...] f. Generará los mecanismos para implementar la mejora continua, del Sistema de Medicina Legal y Ciencias Forenses dentro del territorio nacional.”

De acuerdo con las anteriores Resoluciones emitidas por el Instituto y en concordancia con la normatividad que atribuye sus funciones; el INMLCF, debe propender por mejorar continuamente los productos y servicios forenses prestados a nivel nacional, a través de:

-La estandarización de procesos evidenciado con la construcción de criterios medicolegales forenses.

-Competencia del Personal, capacitación y certificación de peritos, evidenciado con actividades de formación de los funcionarios del INMLCF, y de funcionarios de entidades externas que realizan la solicitud; así como la evaluación de estándares genéricos de competencia para la certificación de los peritos forenses que así lo requieran.

-Aseguramiento de la calidad, evidenciado mediante la supervisión de las actividades internas forenses del personal del INMLCF, revisión de informes periciales y producto de ello, la revisión de informes periciales tanto a los profesionales del instituto, como a los médicos que prestan el servicio social obligatorio.

Adicionalmente, en efecto, el Instituto propende por “Fortalecer la cobertura y oportunidad de los servicios médico legales y de ciencias forenses.”, esta actividad, se realiza a partir varios frentes como:

- La prestación del servicio médico legal directamente por funcionarios del Instituto en los diferentes puntos de atención a nivel nacional.*
- Gestionando la consecución de equipos de mediana y alta tecnología para los diferentes laboratorios de organismos de inspección del INMLCF.*
- Diseñando y ejecutando estrategias que permiten el acceso al servicio por parte de grupos de especial protección, como lo son las comunidades indígenas, LGBTIQ+, NNA, entre otros.*
- Acreditando los Laboratorios de ensayo del Instituto, entre otros.*

Es importante aclarar que la figura de morgues va más allá del ámbito forense, dado que existen morgues para el servicio forense, morgues para estudios clínicos de patología, morgues para docencias universitarias, morgues para procesos administrativos de cementerios, entre otros.

En conclusión:

- 1. De conformidad con la ley 938 de 2004, y tal como lo aprobó el Tribunal de lo Contencioso Administrativo de San Andrés, Providencia Santa Catalina, en sentencia No. 88-001-23-33- 000-2023-00035-00, el Instituto no tiene la función de construir o adecuar salas de autopsia. Aunado, es el Ministerio de Salud y Protección Social, quien por competencia determinó las condiciones mínimas que debe tener una morgue.*
- 2. Tampoco es competencia del Instituto reglamentar, regular o gestionar la estructuración, caracterización e impulso del funcionamiento de las morgues o de los laboratorios y organismos de acreditación, máxime que tanto morgues como laboratorios van más allá del ámbito forense.*
- 3. Para la construcción de morgues propias del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, el Grupo Nacional de Gestión de Infraestructura-Subdirección Administrativa y Financiera-INMLCF, determinó los criterios a seguir, plasmados en el documento “ESPECIFICACIONES TECNICAS GENERALES DE ACABADOS Y MOBILIARIO PARA UNA SALA DE NECROPSIAS (MORGUE)”, como buenas prácticas institucionales. Anexo Carpeta 4.*

ANÁLISIS DE RESPUESTA:

Conforme a la respuesta otorgada por el Instituto, la entidad manifiesta y detalla la competencia en cuanto a la expedición de normas que regulen lo concerniente a la estructura y funcionamiento de morgues y laboratorios de ensayo y organismos de inspección; sin embargo, es claro para este ente de control que no se encuentra dentro de su misionalidad la función legislativa.

No obstante, durante la ejecución del ejercicio auditor se corroboró la necesidad de unificar parámetros y estructurar criterios base, para la prestación de los servicios forenses, dentro de los cuales el Instituto puede motivar, sustentar y gestionar ante las entidades competentes la expedición de ellas y así justificar la asignación y priorización de recursos para sus diferentes proyectos, con el fin de mantener actualizados los

preceptos legales.

Así las cosas, esta observación se confirma como hallazgo administrativo.

HALLAZGO 10. Infraestructura laboratorios toxicología y estupefacientes de Bogotá D.C.

COH_7447_2024-2-AU-CU: Infraestructura laboratorios toxicología y estupefacientes de Bogotá D.C.

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. Art. 40 Num. 5
Ley 09 de 1979	Artículo 108 y 109.

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ:

El equipo auditor identificó que en la Sede de Bogotá D.C. se está adelantando una obra complementaria de infraestructura, en donde se observaron que estas obras han causado afectaciones a diferentes áreas de las Instalaciones, relacionados con fracturación estructural en las paredes, un sistema de extracción de gases de escape dañado, escaleras sin usar y próximas a dismantelar, cargas de material particulado sin las condiciones de seguridad y prevención, de hecho se observaron cajas rotas en ventanas para evitar que las partículas ingresaran a los espacios laborales, objetos no propios para la protección.



CÓMO:

En visita técnica realizada a los diferentes laboratorios ubicados en la ciudad de Bogotá D.C. del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses los días 14 y 15 de

agosto del año en curso, se observaron debilidades en materia de infraestructura y condiciones de seguridad.

CAUSA:

Esta situación se presenta por las fallas en el direccionamiento y coordinación de los recursos físicos, mantenimientos locativos, medidas necesarias para la custodia de los bienes, para salvaguardar la integridad física de los funcionarios.

EFFECTO:

Esta situación conlleva a posibles riesgos en la salud e integridad de los funcionarios, a la exposición permanente al material particulado u otros tipos de gases nocivos, así como, aumento en los costos y adjudicación de nuevos contratos para subsanar los daños ocasionados.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

En la vigencia 2022 el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, suscribió el contrato interadministrativo N°0266-SG-2022, para adelantar entre otros proyectos, las obras de reforzamiento estructural de la Torre B Fase 2, en que incluye el traslado de laboratorios de dicha Torre, con el fin de adelantar las labores contratadas; es de aclarar que el alcance del proyecto es el reforzamiento del edificio que tiene una edad aproximada de 50 años, por lo cual no cumple con la normatividad vigente; el objeto del contrato es precisamente garantizar la solidez y resistencia del edificio, ante posibles sismos o movimientos telúricos. A la fecha, ya se adelantó el reforzamiento estructural del piso 1 y, en la actualidad se adelanta el piso 2 y el inicio del piso 3; referente al sistema de extracción de gases de escape dañado es de tener en cuenta que los laboratorios del piso 2 y 3 ya fueron reubicados, existen algunos ductos que no han sido desmontados a la fecha, lo que realizara en etapas posteriores de ejecución de la obra sin embargo, estos no se encuentran en uso, por lo que no constituye ningún riesgo para el personal.

Referente a la observación relacionada con “escaleras sin usar y próximas a desmontar”, se aclara que estas son parte del edificio en trabajo de reforzamiento y no van a ser desmontadas, el trabajo que se adelanta es precisamente el reforzamiento para garantizar su estabilidad.

Debido a que las obras adelantadas para cumplir con el objeto contratado requieren efectuar demoliciones de la estructura hasta encontrar los hierros existentes, se genera ruido y material particulado que puede causar incomodidad entre los funcionarios y/o visitantes, por dicha razón para mitigar estas dificultades, se adecuaron exclusas en los pisos 2, 3 y 4 con el fin de disminuir el posible ingreso de polvo a las áreas contiguas a la torre B. Imágenes Ob-14 -1, al Ob-14 -3. Anexos Carpeta 2.

Se aclara que no existen cajas de cartón puestas en las ventanas del Laboratorio de Estupefacientes, como medida temporal para evitar el ingreso de la luz solar, se colocó en las ventanas papel Kraft, sin embargo, se aclara que este aspecto no afecta la calidad ni la validez técnica de los resultados emitidos, acorde con los procedimientos institucionales.

ANÁLISIS DE RESPUESTA:

Conforme a la respuesta otorgada por Medicina Legal, la entidad indica y detalla las condiciones en las cuales se han reubicado los laboratorios a causa de las obras que se encuentran en ejecución, comentando que no se ha afectado la prestación del servicio forense, mitigando los posibles riesgos para los funcionarios.

Sin embargo, las medidas de prevención para las actividades de obra, no son suficientes y propias para salvaguardar la integridad de los trabajadores y cumplimiento de las normas de SST; por otro lado, en relación con la situación presentada con el extractor de gases de escape, las razones no son suficientes para justificar el riesgo para el personal teniendo en cuenta que no se ha adecuado la instalación.

Teniendo en cuenta lo expuesto, la observación se mantiene como hallazgo, pero se desvirtúa la connotación disciplinaria.

HALLAZGO 11. Equipo de cómputo en la sede de Villavicencio.

COH_7491_2024-2-AU-CU: Equipo de cómputo en la sede de Villavicencio.

INCIDENCIAS:

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

IP ☐Otras incidencias ☐

¿Cuál?

CRITERIOS:

Fuente de Criterio	Criterio
Ley 09 de 1979	Artículo 112
Resolución 638 de 2009	Capítulo II artículo 6.

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ:

Se observaron computadores que se encuentran en comodato sin utilizar y se identificaron equipos de cómputo en funcionamiento con software muy antiguos y con dificultades para operar, lo que dificulta y demora el desarrollo de las diferentes actividades al interior de los laboratorios; adicionalmente, se corroboró la falta de licencias Office, lo cual es necesario para priorizar y atender dichas necesidades y así facilitar y agilizar la liberación de los procesos periciales.



CÓMO:

En visita técnica realizada a la Morgue y a los diferentes laboratorios ubicados en la ciudad de Villavicencio del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses los días 26 y 28 de agosto del año en curso, se identificaron equipos de cómputo sin utilizar en el laboratorio de Genética y equipos de cómputo con dificultades de uso por su antigüedad y software.

CAUSA:

Esta situación se presenta, debido a la falta de custodia, actualización, mantenimientos e instalaciones por parte de la alta dirección regional y central de la situación real y de las necesidades de los centros de patología y laboratorios, impactando el mejoramiento y la celeridad de los procesos a su cargo, además de la falta de planeación y priorización en la asignación de los recursos.

EFFECTO:

Esto genera que existan demoras o retrasos en la entrega de las evidencias y los resultados de los informes emitidos por los peritos; y que los equipos se deterioren por falta de uso y almacenamiento.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

La entidad adelanta procesos de cooperación con diferentes entidades, mediante los cuales se reciben donaciones que nos permiten suplir necesidades de capacitación, reactivos, equipos o licencias de software de análisis especializado, es así como a través de esta figura se recibieron seis licencias de Genemapper para fortalecer la capacidad de análisis de los laboratorios de genética en desarrollo de la misionalidad institucional.

Esta donación esta descrita en las condiciones del contrato de comodato N° 277-2024 UBPD y para la fecha de la auditoria se encontraba en proceso de legalización e instalación de acuerdo con los procedimientos contractuales vigentes.

Con respecto a la ausencia de licencias de Office, se aclara que el Instituto usa software especializado en los sistemas de manejo de información Forense disponible en los aplicativos SIRDEC, SICLICO, SAILFO y SIFMELCO, por lo tanto, estos equipos de cómputo no requieren el uso de licencias de Office.

Los computadores han permanecido en custodia del responsable de operaciones técnicas del laboratorio y en proceso de legalización de ingreso e instalación de acuerdo con las condiciones del comodato. A estos equipos no se les puede realizar actividades de mantenimiento sin que se complete la legalización correspondiente.

La donación de las licencias Gennemapper recibidas obedece a la necesidad de los laboratorios de genética de contar con infraestructura tecnológica (software de análisis) de vanguardia, aplicable al campo forense que permita el abordaje de casos para dar respuesta a la autoridad y familiares de personas desaparecidas.

La disponibilidad de las licencias de Gennemapper, permite al laboratorio realizar análisis de ultimas aplicaciones de identificación humana y realizar la búsqueda de familiares en casos de personas desaparecidas o no identificadas, y con ello mejorar la entrega digna dentro del apoyo técnico científico que realiza el Instituto, fortaleciendo así la capacidad analítica de los laboratorios, la calidad y oportunidad en la prestación del servicio. Anexo. Carpeta 3.

ANÁLISIS DE LA RESPUESTA:

La Entidad en su respuesta no manifiesta ni justifica los hechos descritos, solo hace referencia a las competencias y funciones que desempeñan los equipos a su disposición y la necesidad de los mismo, pero no hace frente a la no legalización y el no uso de los equipos de cómputo que se encontraron sin utilizar en el laboratorio de Genética y equipos de cómputo.

La Entidad no anexa el Contrato N° 277-2024 UBPD y no hay existencia dentro de las bases de datos en su página de la existencia del Contrato señalado.

Adicionalmente no es de recibo que la Entidad manifieste que no requiere de Licencia Office, ya que las funciones administrativas si requieren de este tipo de licencias de office.

Por tal motivo se confirma la observación como hallazgo y se desestima la incidencia disciplinaria.

HALLAZGO 12. Necromóvil Villavicencio.

COH_7492_2024-2-AU-CU: Necromóvil Villavicencio.

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 3,6 y 7

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ:

El equipo auditor observó un vehículo automotor denominado “Necromóvil” en malas condiciones, el cual presta el servicio como sala de necropsia provisional y que ayuda a las Unidades Básicas para adelantar dicho procedimiento; sin embargo, el bien se encuentra estacionado en la sede de Villavicencio sin ningún uso con estado físico deteriorado, debido a que se halla en condiciones permanentes de lluvia y sol, sin ser protegido para evitar su avería.



CÓMO:

Durante la visita técnica realizada a las instalaciones de la sede de Medicina Legal y Ciencias Forenses ubicada en la ciudad de Villavicencio los días 26 y 28 de agosto del año en curso, se observó un vehículo estacionado al lado de la PTAR, sin usar y deteriorado.

CAUSA:

Las anteriores deficiencias, se presentan por falta de administración, coordinación, conservación y gestión por parte del Instituto para alcanzar los fines Estatales y salvaguardar los bienes a su disposición, así como debilidades en las condiciones, obligaciones o exigencias inherentes a ella establecidos en la ley, por falta de cuidados en la Custodia de los elementos contratados.

EFFECTO:

Esta situación genera que el bien mueble se deteriore de manera acelerada y su vida útil se vea reducida, afectando a su vez la atención necesaria de las Unidades Básicas para el proceso de Necropsia; ocasionando que se dispongan recursos adicionales para el mantenimiento y cuidado.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

La Necromóvil se adquirió para apoyar situaciones imprevistas como desastres o eventos masivos o cuando se requieran realizar adecuaciones de infraestructura como la remodelación de la sala de necropsias de la Seccional Meta. No se utiliza como apoyo a las Unidades Básicas del Instituto.

Este vehículo identificado con placa OJX370, que actualmente se encuentra en custodia de la Dirección Seccional Meta en la sede de Villavicencio y presta el servicio como sala de necropsia de soporte, se encuentra en perfectas condiciones de funcionamiento y dentro de contrato 067-SG-2024, está incluido su mantenimiento.

ANÁLISIS DE LA RESPUESTA:

Una vez analizada la respuesta dada por la Entidad, el equipo auditor no está de acuerdo, ya que el bien se encuentra estacionado en la sede de Villavicencio sin ningún uso con estado físico deteriorado, debido a que se halla en condiciones permanentes de lluvia y sol, sin ser protegido para evitar su avería y su deterioro acelerado.

Por tal motivo se confirma la observación como hallazgo y se desestima la incidencia disciplinaria.

-HALLAZGO 13. Nevera y cuarto frio de almacenamiento para cadáveres en Villavicencio.

COH_7493_2024-2-AU-CU: Nevera y cuarto frio de almacenamiento para cadáveres en Villavicencio.

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 4, 8, y 9
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, una Nevera del cuarto frio de almacenamiento de cadáveres se encuentra fuera de servicio, afectando la capacidad de almacenamiento, conservación y disposición de los occisos.

Adicionalmente el cuarto No. 1 de restos óseos de antropología se encontraba fuera de servicio.



CÓMO:

Durante la visita técnica realizada a las instalaciones de la sede de Medicina Legal y Ciencias Forenses ubicada en la ciudad de Villavicencio los días 26 y 28 de agosto del año en curso, se observaron neveras fuera de servicio para las actividades de Necropsia y laboratorio.

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:

La nevera identificada con placa de inventario 24271 etiquetada como “equipo fuera de servicio” se encuentra bajo custodia del servicio de patología de la Dirección Seccional Meta, para garantizar la continuidad en la prestación del servicio de almacenamiento de cadáveres se cuenta con un equipo de respaldo que suplente la necesidad en caso de este tipo de contingencias, sin que se vea afectada la conservación de los cadáveres en refrigeración.

Durante el uso normal, las neveras requieren mantenimiento correctivo, que está incluido dentro un programa de mantenimiento, lo cual conlleva a que se realicen intervenciones por parte de asistente de mantenimiento de la seccional, para ello se requirió la adquisición de repuestos, a través de un proceso contractual, a la fecha se tienen los repuestos para realizar el mantenimiento correctivo, el cual se realizará en el mes de octubre del presente año.

En la Dirección seccional Meta no se ha generado hacinamiento de cadáveres, ya que se tiene disponible un equipo de respaldo que está supliendo la función de refrigeración bajo las condiciones técnicas requeridas; para garantizar la conservación de los cadáveres. Se aclara que el entorno laboral de la morgue puede generar discomfort asociado a los olores, sin embargo, esto no significa que se genere algún tipo de riesgo en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo o que no se realicen los debidos procesos de limpieza y desinfección.

ANÁLISIS DE LA RESPUESTA:

Si bien la entidad manifiesta que “se cuenta con un equipo de respaldo que suplente la necesidad en caso de este tipo de contingencias, sin que se vea afectada la conservación de los cadáveres en refrigeración”. Esta respuesta no es suficiente por cuanto la capacidad de almacenamiento se ve comprometido, por tal motivo el equipo auditor está en desacuerdo con lo encontrado, ya que halló una Nevera del cuarto frío de almacenamiento de cadáveres fuera de servicio, que a la fecha no ha sido posible garantizar su funcionamiento, sin el agravante del tiempo que ha permanecido en dicha situación.

Por tal motivo se mantiene el hallazgo en los mismos términos que fue comunicado manteniendo la presunta connotación disciplinaria.

-HALLAZGO 14. Baños con almacenamiento de Archivos Villavicencio.

COH_7494_2024-2-AU-CU: Baños con almacenamiento de Archivos Villavicencio.

INCIDENCIAS:

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

¿Cuál?

CRITERIOS:

Fuente de Criterio	Criterio
Ley 87 de 1993	Artículo 2 literal b, d y f.
Ley 594 de 2000	Artículo 11 y 12
Acuerdo 42 de 2002	Artículo 3
Ley 1952 de 2019	Artículo 38 Numerales 5, 22 y 23

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ:

El equipo auditor observó que, en el laboratorio de genética se dispone el baño de hombres como zona de almacenamiento de archivo, por lo que no se brinda las condiciones archivísticas adecuadas ni el servicio de baño.



CÓMO: En visita técnica realizada a la Morgue y a los diferentes laboratorios ubicados en la ciudad de Villavicencio del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses los días 26 y 28 de agosto del año en curso, se observaron debilidades en el almacenamiento de archivo.
CAUSA: Esta situación se presenta por falta de controles, custodia y planeación de los bienes a su cargo, así como debilidades en los estudios que contemplan las necesidades del espacio de infraestructura que requiere la Entidad para efectuar sus actividades misionales.
EFFECTO: Esto genera que existan riesgos de pérdida de expedientes por falta de controles y seguridad ya que no existe puerta alguna, adicionalmente riesgos de afectación de los expedientes por fugas de agua, ya que las condiciones del espacio carecen de las medidas adecuadas para dicho propósito.
RESPUESTA DE LA ENTIDAD: <i>El archivo de documentos se encontraba de manera transitoria en esa área; mientras se realizaban las adecuaciones necesarias en el archivo central para el traslado de ese inventario. Una vez concluidas las adecuaciones, se realizó el traslado del archivo de gestión del Laboratorio de Genética al tercer piso, sitio construido y destinado para este fin, garantizando la conservación del mismo, como se puede evidenciar en el registro fotográfico. Anexo carpeta 3.</i>
ANÁLISIS DE LA RESPUESTA: Una vez analizada las evidencias que aporta la Entidad respecto a los archivos de expedientes que se encontraban en el laboratorio de genética en el baño de hombres como zona de almacenamiento, se acepta que ya la Entidad los envió al archivo general según las fotos entregadas como evidencias, sin embargo, el equipo auditor considera que el hecho ocurrió durante mucho tiempo, afectando la seguridad y custodia de los archivos debido a que el baño no tenía puertas y cualquier persona podía disponer de ellos. De igual manera, vale la pena mencionar que, también se utilizó un lugar que carece de las condiciones propias de un archivo con riesgos de fuga de agua y daño de expedientes. Por tal motivo se mantiene el hallazgo en los mismos términos que fue comunicado manteniendo la presunta connotación disciplinaria.

HALLAZGO 15. Infraestructura de la sede de Villavicencio.

COH_7546_2024-2-AU-CU: Infraestructura de la sede de Villavicencio.

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, lo que se comprueba con los escritorios corroídos; por otro lado, existen adecuaciones de luminarias sobre puestas sobre otro tipo de lámparas sin razón alguna en el cielo raso, luminarias sin funcionar en el cielo raso, pisos agrietados en la morgue.



	
	
	
CÓMO: En visita técnica realizada a la Morgue y a los diferentes laboratorios ubicados en la ciudad de Villavicencio del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses los días 26 y 28 de agosto del año en curso, se verificó que la infraestructura se encuentra con humedad, corroída y luminarias con malas instalaciones.	
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 de los elementos entregados.	
EFFECTO: Trayendo como consecuencia la suscripción de nuevos contratos, 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:

Las humedades corresponden a filtraciones migrantes por capilaridad a consecuencia del nivel freático alto de la zona donde se ubica la construcción y el municipio por ser el pie de monte llanero.

Las edificaciones que componen la sede de la Seccional Meta-Villavicencio fueron construidas por la Gobernación del Meta entre el año 2007 y 2009, este último en el que fueron entregados al Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses para el desarrollo de actividades forenses, así mismo, desde el inicio de su ocupación ha presentado manifestaciones de humedad a las cuales se refiere la presente observación.

Para tratar el inconveniente, la entidad ha implementado acciones para subsanar dicha problemática, realizando el tratamiento a terminado de muros con productos especializados como las resinas acuosas de impregnación (impermeabilizantes). Adicionalmente se implementó dentro del contrato 0253-SG-2022, en el área de sala de necropsias del edificio de patología un sistema de recolección de humedades del subsuelo y aireación de la cimentación, mediante la implementación del sistema “filtro francés” que hasta la fecha ha dado buenos resultados sin haberse presentado humedades en esta zona.

Es de anotar que la implementación de este sistema conlleva la demolición del piso, placa de contrapiso y adecuación de redes, por lo tanto, la entidad lo ha implementado en esta zona en la que se tiene como observación, esperando resultados definitivos a fin de realizarlo en otras zonas donde sea necesario hacer el cambio e intervención del piso. Imagen. Carpeta 3

ANÁLISIS DE LA RESPUESTA:

En la respuesta envía por la entidad donde manifiesta que “ha implementado acciones para subsanar dicha problemática, realizando el tratamiento a terminado de muros con productos especializados por medio del contrato 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 humedad.

Por tal motivo se confirma la observación como hallazgo y se desestima la incidencia disciplinaria.

HALLAZGO 16. Máquinas de asignación de Turnos Villavicencio

COH_7495_2024-2-AU-CU: Máquinas de asignación de Turnos Villavicencio.

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 Numerales 1 y 5

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ:

El equipo auditor evidenció que la máquina de asignación de turnos para los visitantes, no se encuentra prestando el servicio.



CÓMO:

En visita técnica realizada a la Morgue y a los diferentes laboratorios ubicados en la ciudad de Villavicencio del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses los días 26 y 28 de agosto del año en curso, se identificó la máquina de asignación de turnos sin utilizar.

CAUSA:

Esta situación se presenta por falta de continuidad a los contratos, fallas en la custodia, administración y asignación de recursos para atender las necesidades de la Entidad.

EFFECTO:

Lo que afecta la prestación del servicio y el derecho de los particulares o visitantes a tener una atención adecuada, 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.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

Con la anterior observación no se afecta la prestación del servicio dado que se cuenta con procedimientos y protocolos para garantizar la atención diferencial de la ciudadanía; El dispositivo de asignación de turnos no hace parte del equipamiento requerido para la prestación del servicio de morgue y Laboratorios, dado a que esta área no ingresa usuarios.

Se cuenta con el Instructivo de Atención al Ciudadano en el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, registrado en la plataforma de ISOLUCION, bajo el código: DGC-I-001, versión 3, con fecha de vigencia: 2023-10-09, este instructivo cuenta con una cartilla donde se indica asignar el turno preferencial para continuar con la atención en los numerales 2.2.1.: Personas en condición de discapacidad, 2.2.3.: Adultos mayores y mujeres embarazadas, 2.2.4.: Niños, niñas y adolescentes; Al igual que el documento de "Recomendaciones para la aplicación del enfoque diferencial en el servicio forense, publicado en la página web", ruta: <https://www.medicinalegal.gov.co/normalizacion-forense/guiasprotocolos-y-reglamentos>.

ANÁLISIS DE LA RESPUESTA:

Dentro de la respuesta la entidad manifiesta que, “El dispositivo de asignación de turnos no hace parte del equipamiento requerido para la prestación del servicio de morgue y Laboratorios, dado a que esta área no ingresa usuarios”. El equipo auditor considera que lo manifiesta por el Instituto no es de recibo, ya que al momento de la visita la máquina de turnos se encontraba en la sala de espera donde se encontraban varios usuarios que a pesar de no dirigirse a los laboratorios ni a la sala de necropsia, si se encontraban en la sala de espera.

Por otro lado, las debilidades van encaminadas al uso del dispositivo, no el área en donde debe prestar el servicio.

Por tal motivo se confirma la observación como hallazgo y se desestima la incidencia disciplinaria.

HALLAZGO 17. Mesa de procedimientos para necropsia en la morgue de Villavicencio.

COH_7496_2024-2-AU-CU: Mesa de procedimientos para necropsia en la morgue de Villavicencio.

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 Numerales 1 y 5

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ:

Durante el recorrido en el área de Necropsia se observó, una mesa de necropsia sin el sistema de conducción de líquidos y fluidos adecuado o tubería pertinente, por lo que se encontraba fuera de servicio la mesa.



CÓMO:

En visita técnica realizada a la Morgue y a los diferentes laboratorios ubicados en la ciudad de Villavicencio del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses los días 26 y 28 de agosto del año en curso, se observó una mesa de necropsia sin el sistema de conducción de líquidos.

CAUSA:

Esta situación se presenta por falta de seguimiento, control y custodia de los bienes, además del desconocimiento de la Alta Dirección de las necesidades que se demandan al interior del Instituto.

Por otro lado, existen fallas de comunicación y coordinación entre los operarios, funcionarios y directivos, al presentarse las diferentes situaciones dentro de sus labores diarias que requieren de solución para la prestación de los servicios ofrecidos.

EFFECTO:

Esto genera que existan riesgos de contaminación cruzada, posible hacinamiento en la atención ante un eventual aumento de cadáveres, demoras y retrasos en la liberación de procesos de necropsia.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

La conexión sanitaria de la mesa N°1, había sido desmontada desde el día anterior a la visita por el personal de mantenimiento de la seccional, para realizar una corrección o ajuste por presentar un goteo en el sosco de la mesa, así mismo para el día 28 de agosto de 2024 en horas de la tarde la situación había sido corregida quedando en perfectas condiciones de instalación y uso, de lo cual se comunicó al equipo auditor.

No hay deficiencia en la comunicación dado que en menos de 24 horas se realizó la reparación del desagüe. La mesa de necropsia presentó una falla imprevista que fue reparada inmediatamente, con lo cual se garantizó que no hubo afectación en la prestación del servicio. Así mismo, esta situación no genera contaminación cruzada ya que la mesa no fue utilizada, por lo tanto, los microorganismos patógenos, u otras sustancias como fluidos biológicos no se liberaron al medio ambiente o a otros cadáveres. Imágenes Carpeta 3.

ANÁLISIS DE LA RESPUESTA:

En lo que respecta a la información suministrada por la Entidad, es importante precisar que la mesa de necropsia se encontraba sin el sistema de conducción de líquidos y fluidos adecuado o tubería pertinente, es importante mencionar que en la visita se informó al equipo auditor que había sido producto de un daño producido por un funcionario involuntariamente generando el daño de la tubería con una camilla al momento de ingresar, por lo que, es cuestionable los nuevos argumentos presentado por el Instituto al manifestar que fue por un goteo, se puede precisar con la respuesta que envió la Entidad donde menciona que se arregló el tema mencionado anteriormente, el equipo auditor considera que la incidencia está causada, ya que no se sabe específicamente cuanto tiempo duró la mesa sin servicio y ante las inconsistencias presentadas en los diferentes argumentos sobre el daño de la mesa de necropsia, se reafirma que el director de la sede desconocía lo sucedido.

Por lo anterior se retira la incidencia disciplinaria por la reparación evidenciada en el registro fotográfico, sin embargo, la observación se configura como hallazgo administrativo.

-HALLAZGO 18. Neveras de almacenamiento Laboratorio Genética Villavicencio.

COH_7497_2024-2-AU-CU: Neveras de almacenamiento Laboratorio Genética Villavicencio.

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 Numerales 1 y 5
Ley 1952 de 2019	Artículo 38 Numerales 5, 22 y 23

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ:

Se pudo identificar durante la visita al laboratorio de Genética, una Nevera de almacenamiento de insumos fuera de servicio, ya que no desarrolla el ejercicio de congelación y refrigeración adecuadamente.



CÓMO:

En visita técnica realizada a la Morgue y a los diferentes laboratorios ubicados en la ciudad de Villavicencio del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses los días 26 y 28 de agosto del año en curso, se identificó una Nevera de almacenamiento fuera de servicio al realizar verificación de su contenido.

CAUSA:

Esta situación se presenta por fallas en la custodia, comunicación y coordinación de los funcionarios con los Directivos, ante la evidencia de situaciones presentadas dentro de sus labores diarias.

EFFECTO:

Esto genera posibles debilidades en el abastecimiento de insumos, ya que se ve limitada la solicitud de necesidades ante la disminución de espacios de congelación y refrigeración, demoras y retrasos en la liberación de procesos ante la falta de insumos.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

La nevera con placa de inventario 38067 se encontraba de manera transitoria en el laboratorio de genética, de manera imprevista presentó fallas en el sistema de enfriamiento, por lo tanto, estaba en proceso la adquisición de los repuestos.

Esta nevera una vez se le realizó el mantenimiento correctivo se trasladó al Organismo de Inspección de Patología y se utiliza para la congelación de baterías de frío y como soporte para la conservación de EMP y EF de la Central de Evidencias.

Es de anotar que la falla en la mencionada nevera no ha afectado la disposición de insumos para el adecuado funcionamiento del laboratorio de genética de la seccional Meta. Imágenes carpeta 3.

ANÁLISIS DE LA RESPUESTA:

La deficiencia persiste ya que, al trasladar la nevera al Organismo de Inspección de Patología, la debilidad del equipo de almacenamiento de insumos del laboratorio de genética se sigue presentando ante la necesidad de la nevera.

De acuerdo a lo manifestado en la respuesta, la nevera no cumple con los estándares de temperatura para la actividad de congelación de acuerdo a lo declarado por la Entidad, ya que, en el soporte allegado, se observa un temperatura -17.9, y la norma dice de – 18 grados a -35 grados para insumos de laboratorio.

Por tal motivo se mantiene el hallazgo en los mismos términos que fue comunicado manteniendo la presunta connotación disciplinaria.

-HALLAZGO 19. Equipo de Toxicología en el laboratorio de Biología en Villavicencio.

COH_7498_2024-2-AU-CU: Equipo de Toxicología en el laboratorio de Biología en Villavicencio.

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 Numerales 1 y 5
Ley 1952 de 2019	Artículo 38 Numerales 5, 22 y 23

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ:

Se pudo identificar que, en el laboratorio de biología existe un equipo que no se ha usado, ya que la adecuación e instalación impide que pueda usarse, es importante aclarar que este equipo pertenece a un laboratorio de toxicología y la sede de Villavicencio no posee laboratorios de toxicología lo que acrecienta y agrava la situación presentada por lo que su uso, no se ha efectuado.



CÓMO:

En visita técnica realizada a la Morgue y a los diferentes laboratorios ubicados en la ciudad de Villavicencio del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses los días 26 y 28 de agosto del año en curso, se encuentra un equipo sin utilizar por temas particulares de infraestructura.

CAUSA:

Esta situación se produce por falta de organización y direccionamiento entre la Central y las diferentes Direcciones regionales en la atención a las necesidades que requiere los centros de ciencias forenses.

EFFECTO:

Lo que afecta la prestación del servicio, así como, la inadecuada contratación de bienes que no están siendo usados por el Instituto y deterioro de equipos contratados ante la falta de uso.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

La cabina de extracción que se encuentra dentro del Laboratorio de Biología no es un equipo exclusivo de un laboratorio de toxicología, la instalación del equipo hace parte de la infraestructura de la edificación, se encuentra en optimo estado de funcionamiento y con mantenimientos a la fecha que reportan que es apta para el uso.

Para los laboratorios de biología forense se tiene documentado en los procedimientos códigos: DG-M-P-047 Recepción y trámite de solicitudes en los laboratorios de biología forense, DG-M-PET-052 Identificación de espermatozoides por coloración de contraste árbol de navidad y DG-M-PET-117. Determinación de saliva humana por inmunocromatográfica, en los laboratorios de biología del INMLCF el uso de este tipo de cabinas.

Este equipo se encuentra bajo custodia de la Dirección Seccional Meta y asignado al inventario del responsable de operaciones técnicas del laboratorio de biología identificada con la placa interna N° 27485.

ANÁLISIS DE LA RESPUESTA:

En la visita realizada a las instalaciones del laboratorio de biología, se evidenció un equipo empotrado a la estructura (pared) el cual, no se ha usado para la necesidad requerida, la Entidad ante los hechos manifiesta que, “La cabina de extracción que se encuentra dentro del Laboratorio de Biología no es un equipo exclusivo de un laboratorio de toxicología, la instalación del equipo hace parte de la infraestructura de la edificación, se encuentra en optimo [sic] estado de funcionamiento y con mantenimientos a la fecha que reportan que es apta para el uso” independientemente de lo manifestado por la Entidad, al preguntarle al funcionario que atendió la visita manifestó que este es un equipo exclusivamente para toxicología y no se ha utilizado por ello, de hecho se encontraba como zona de almacenamiento de materiales del laboratorio de biología, no para actividades probatorias, con el agravante de que en esta sede no se encuentra un laboratorio de toxicología, por ende el equipo se encuentra en un lugar que no se necesita.

Por tal motivo se mantiene el hallazgo en los mismos términos que fue comunicado manteniendo la presunta connotación disciplinaria.

-HALLAZGO 20. Equipos para el ingreso a los laboratorios de Biología y Genética en Villavicencio.

COH_7499_2024-2-AU-CU: Equipos para el ingreso a los laboratorios de Biología y Genética en Villavicencio.

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 Numerales 1 y 5
Ley 1952 de 2019	Artículo 38 Numerales 5, 22 y 23

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ:

Se pudo identificar que, los dispositivos electrónicos de reconocimiento de huella para el ingreso a los cuartos de almacenamiento de insumos que brindan la seguridad de los elementos en cadenas de frio, no funcionan.

CÓMO: En visita técnica realizada a la Morgue y a los diferentes laboratorios ubicados en la ciudad de Villavicencio del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses los días 26 y 28 de agosto del año en curso, se pudo verificar que los dispositivos electrónicos de reconocimiento de huella no funcionan.
CAUSA: Esta situación se presenta por debilidades en la custodia, malas prácticas y manipulación de elementos, falta de capacitación y mantenimientos preventivos, fallas en la planeación y asignación de recursos para atender las necesidades de la Entidad.
EFFECTO: Lo que afecta la prestación del servicio, así como, la inadecuada contratación de servicios que no están siendo usados por el Instituto y deterioro de equipos contratados ante la falta de uso.
RESPUESTA DE LA ENTIDAD: <i>Es importante precisar que desde la pandemia de Covid-19 se han dejado de usar los sistemas de identificación por huellas, dado el riesgo de contaminación.</i> <i>Se ha documentado un procedimiento de CONTROL DE ACCESO A LAS ÁREAS RESTRINGIDAS DEL INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES, Código: DG-M-I-115, que se aplica en los laboratorios y organismos de inspección, independientemente si se cuenta con el equipo de control biométrico.</i> <i>Los controles Biométricos de ingreso a laboratorios y cuartos fríos de los laboratorios, actualmente se encuentran fuera de uso por obsolescencia y vencimiento del periodo de garantía, por lo que se están en el proceso de baja.</i> <i>No es obligatorio el control de acceso por biometría de huellas, lo que es obligatorio es el control de acceso a las de instalaciones de los organismos de inspección y laboratorios como lo establece el procedimiento institucional.</i>
ANÁLISIS DE LA RESPUESTA: Ante la respuesta de la entidad donde manifiesta que “desde la pandemia de Covid-19 se han dejado de usar los sistemas de identificación por huellas, dado el riesgo de contaminación” revisado el PROTOCOLO GENERAL PARA LIMPIEZA Y DESINFECCION DE SUPERFICIES" del Instituto, no se evidencia que esta es la razón por la cual no se requieren el uso de los dispositivos electrónicos de reconocimiento de huella para el ingreso a los cuartos de almacenamiento que brindan la seguridad de los insumos. No se anexa ningún tipo de argumento jurídico o interno de la Entidad para ratificar dicha afirmación. Así mismo, no es de recibo la respuesta por parte de la Entidad, ya que al momento de la visita los equipos de reconocimiento los estaban utilizando en otras sedes, y un funcionario intento ingresar haciendo uso del equipo. Por tal motivo se mantiene el hallazgo en los mismos términos que fue comunicada manteniendo la presunta connotación disciplinaria.

HALLAZGO 21. Capacitación funcionarios balística en la sede de Villavicencio.

COH_7500_2024-2-AU-CU: Capacitación funcionarios balística en la sede de Villavicencio.
INCIDENCIAS: Administrativa ☒ Fiscal ☐ Disciplinaria ☐ Penal ☐ Beneficio de Auditoría ☐ IP ☐ Otras incidencias ☐ ¿Cuál? CRITERIOS:

Fuente de Criterio	Criterio
Ley 938 de 2004	Artículo 36 Numerales 9, 10 y 11 Artículo 40 Numeral 5.

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ: En el laboratorio de Balística no existen actividades registradas de capacitación, paneles de divulgación y promoción de los avances científicos en donde participen los funcionarios, para el intercambio de conocimientos y avances en la investigación.
CÓMO: En visita técnica realizada a la Morgue y a los diferentes laboratorios ubicados en la ciudad de Villavicencio del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses los días 26 y 28 de agosto del año en curso, se pudo identificar que, no hay capacitaciones a los funcionarios del laboratorio de balística.
CAUSA: Esta situación se presenta por debilidades en la divulgación de resultados de las investigaciones, avances científicos, desarrollo de las prácticas forenses, coordinación programación y establecimiento de espacios de capacitación al interior de la Institución, así como, fallas en la planeación y asignación de recursos para atender las necesidades de la Entidad.
EFECTO: Lo que afecta la prestación del servicio por debilidades en el tecnicismo, generando demoras y discrepancias en los métodos sustanciadores de los resultados, así como, posibles riesgos en las prácticas probatorios y sus validaciones.
RESPUESTA DE LA ENTIDAD: <i>La competencia técnica de los funcionarios está dada por los criterios de educación, formación, experiencia, habilidades, calificación y conocimiento técnico, los cuales están soportados en la hoja de vida técnica, disponible en el laboratorio de balística de la dirección seccional Meta. De la misma manera, la idoneidad técnica y científica del perito es sustentada en las audiencias de juicio oral y público y a la fecha todos los informes periciales emitidos por ese experto técnico han sido aceptados como prueba.</i> <i>La entidad cuenta con un plan institucional de capacitación PIC que recopila las necesidades de capacitación priorizadas aplicables a las disciplinas forenses.</i> <i>En este contexto cualquier ciencia forense (Incluida la Medicina Legal) tiene un marco de conocimiento propio (química, física, medicina, biología, genética, balística) que en la aplicación forense requiere acción por parte de los peritos-as que desarrollan el trabajo pericial para realizar propuestas de investigación, validación de técnicas, comparación de tecnologías novedosas entre otras.</i> <i>Dentro del listado de propuestas o proyectos de investigación activos tenemos los siguientes del área de balística:</i> <i>• PPY-2023-003 PPT-2022-10 Armas menos letales Caracterización de las lesiones producidas por armas menos letales en Colombia desde 2017 hasta 2021</i> <i>• PPY-2024-02 PPT-2023-12 Proyectiles Rx Uso de campos electromagnéticos para ubicar y recolectar proyectiles y elementos metálicos durante necropsias médico legales.</i> <i>Estas investigaciones y otras actuaciones en materia de capacitación se encuentran publicadas en la intranet de la página web de la institución, dado que por Política de austeridad del gasto e institucionales no se utilizan carteleras ni publicaciones en medio impreso.</i> <i>Como actividades de control y seguimiento a la competencia técnica del personal la entidad realiza:</i> <i>Supervisión del personal: orientada al seguimiento a la competencia del personal en la ejecución de ensayos/inspecciones y actividades de apoyo que influyen en la calidad de los resultados.</i> <i>Revisión de informes periciales: orientada a la verificación del cumplimiento de requisitos para la presentación de informes periciales previo a su emisión.</i> <i>Participación en programas de ensayos de aptitud y comparaciones Inter laboratoriales, herramientas de aseguramiento de calidad orientadas a evaluar los procesos analíticos de los laboratorios.</i> <i>Monitoreo de informes periciales con el objetivo de verificar que los informes periciales emitidos por los laboratorios y organismos de inspección del INMLCF, cumplen con los requisitos técnicos y normativos vigentes en el marco del Sistema Integrado de Gestión. Anexos carpeta 3.</i>

Todo lo anterior permite demostrar la competencia e idoneidad de los peritos, aspectos que constantemente se revisan durante las evaluaciones de acreditación de los laboratorios y organismos de inspección.

ANÁLISIS DE LA ENTIDAD:

Al verificar la respuesta de la entidad donde manifiesta “La entidad cuenta con un plan institucional de capacitación PIC que recopila las necesidades de capacitación priorizadas aplicables a las disciplinas forenses”. Y revisado el FORMATO DE PLAN INSTITUCIONAL DE FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN - PIC ANUAL APROBADO, podemos verificar que efectivamente no existen actividades registradas de capacitación para balística.

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

HALLAZGO 22. Recepción y cadena de custodia de cadáveres Barranquilla

COH_7539_2024-2-AU-CU: Recepción y cadena de custodia de cadáveres Barranquilla

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 general 7. ALMACENES DE EVIDENCIAS
GUÍA DE PROCEDIMIENTOS PARA LA REALIZACIÓN DE NECROPSIAS MEDICOLEGALES Segunda edición.	Componente N° 2 CADENA DE CUSTODIA

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ:

En la Morgue de la ciudad de Barranquilla se corroboró que en las horas de la noche, específicamente los fines de semana, no hay funcionarios que se ocupen de la recepción de cadáveres para procesos de necropsia, recibiendo el personal de vigilancia de turno, el cual no es idóneo para garantizar el sistema de cadena de custodia, teniendo en cuenta que debe verificar aspectos como el embalaje del cadáver y demás condiciones documentales, para los que un personal de seguridad no se encuentra capacitado.



Así mismo, se observó una bolsa blanca en la entrada de la morgue que según información suministrada por el personal que atendió la diligencia, correspondía a la exhumación de un cadáver dentro de uno de los casos asignados al instituto y que al parecer llevaba tiempo ahí.

CÓMO:

Revisando lo concerniente a los procedimientos llevados a cabo en la Dirección Regional Norte del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, respecto del sistema de cadena de custodia y lo observado por el grupo auditor durante el recorrido realizado a las instalaciones de la morgue en Barranquilla los días 26, 27 y 28 de agosto del año en curso.

CAUSA:

Esta situación se presenta por malas prácticas institucionales, falta de asignación del personal idóneo en turnos nocturnos de fines de semana para el almacenamiento del occiso y disposición de elementos de exhumación.

EFFECTO:

Lo anterior, afecta la calidad en la prestación del servicio, pérdida de materiales probatorios por demoras en la recepción, riesgos de calidad, oportunidad y garantía del proceso de necropsia.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

De acuerdo con la Ley Código de procedimiento penal Artículo 255, donde se establece la responsabilidad “la aplicación de la cadena de custodia es responsabilidad de los servidores públicos que entren en contacto con los elementos materiales probatorios y evidencias Físicas. Los particulares que por razón de su trabajo o por el cumplimiento de las funciones propias de su cargo, en especial de los servicios de salud que entren en contacto con los elementos materiales probatorios y evidencia física, son responsables por su recolección, preservación y entrega a la autoridad competente.”, En este sentido el personal de vigilancia está facultado legalmente y la institución lo ha entrenado para recibir en horario nocturno los cuerpos, aclarando que no realizan manipulación de la evidencia, es decir solo actúan como custodios, por lo que no existe incumplimiento y se garantiza la trazabilidad y custodia de los cadáveres.

El personal de vigilancia de la sede Barranquilla, recibe instrucción sobre el Sistema de Cadena de Custodia y el Código de Procedimiento Penal por parte del Nivel Central y la Regional.

Por otro lado, el manual de Cadena de Custodia (numeral objetivos - 10.1.1) permite que personas particulares participen en el traspaso de custodia (registro de cadena de custodia), sin recibir ninguna otra evidencia diferente al cadáver.

Con respecto a la bolsa blanca de la foto que contiene un cadáver, se aclara que la sede cuenta con neveras para el almacenamiento de cuerpos, y este caso puntual se encontraba en tránsito para el abordaje interdisciplinario.

ANÁLISIS DE RESPUESTA:

Teniendo en cuenta la respuesta otorgada por el Instituto, el mismo indica que la norma aparentemente autoriza a los particulares que entren en contacto con elementos materiales de prueba, involucrarse en el sistema de cadena de custodia; sin embargo,

la entidad manifiesta que el personal de vigilancia recibe instrucción sobre el tema, para lo cual no se encontró soporte alguno, como un acuerdo contractual con la empresa de vigilancia, para esta situación.

Teniendo en cuenta lo expuesto, no desvirtúa lo reprochado en la observación y las razones expuestas no son suficientes para justificar el riesgo de manipulación de los EMP.

Por consiguiente, esta observación se confirma como hallazgo administrativo.

HALLAZGO 23. Equipo soporte de armas del laboratorio de balística en Barranquilla.

COH_7541_2024-2-AU-CU: Equipo soporte de armas del laboratorio de balística en Barranquilla.

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 638 de 2009	Capítulo II, Artículo 6
Procedimiento ISOLUCION DG-A-P-021 Versión 13	7.4.14 Actividad No 14

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ:

Durante el recorrido al laboratorio de balística, el grupo auditor evidenció que el equipo soporte para armas se encontraba defectuoso, es decir, en alto estado de deterioro y cuyo uso, conforme a lo mencionado por el personal que atendió la diligencia, presenta riesgos de lesiones a la integridad de los funcionarios.



CÓMO:

En visita técnica realizada a la Dirección Regional Norte del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses los días 26, 27 y 28 de agosto del presente año, durante el recorrido al laboratorio de balística, el grupo auditor evidenció el deterioro del equipo soporte para las armas.

CAUSA:

Esta situación se presenta por falta de modernización de los equipos tecnológicos al servicio de mencionado laboratorio, fallas en la custodia, planeación y asignación de recursos para atender las necesidades y lograr una oportuna atención de casos asignados.

EFFECTO:

Lo anterior, genera riesgos para los funcionarios que adelantan sus pruebas analíticas dentro de los procedimientos establecidos, así como la calidad y precisión en la prestación del servicio, impactando la oportunidad y garantía en tiempos de respuesta dentro de los procesos.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

No se realiza observación.

ANÁLISIS DE LA RESPUESTA

La entidad auditada, frente a la presente observación no tuvo comentarios al respecto, aceptando las situaciones descritas.

Por tal motivo se confirma la observación como hallazgo y se desestima la incidencia disciplinaria.

HALLAZGO 24. Evidencias laboratorio de balística en Barranquilla.

COH_7542_2024-2-AU-CU: Evidencias laboratorio de balística en Barranquilla.	
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 en el laboratorio de balística, 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 depositan en estantes informales que no cuentan con las condiciones de seguridad para su almacenamiento.
Así mismo, durante el recorrido la entidad manifestó que, los indicadores de entrega de informes periciales presentan retrasos y represamiento, teniendo un tiempo de respuesta de más de 120 días, incumpliendo con los indicadores previstos y programados dentro de sus objetivos.

	
CÓMO:	En visita técnica realizada a la Dirección Regional Norte del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses los días 26, 27 y 28 de agosto del presente año, se observó por parte del grupo auditor en el laboratorio de balística la forma de almacenamiento de los elementos materiales probatorios en estantes informarles.
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 afectación en la oportunidad de los informes y las respuestas a los procesos judiciales, contaminación de las evidencias custodiadas que reducirían la confiabilidad del laboratorio y hasta incurrir en procesos en contra de la Entidad.
RESPUESTA DE LA ENTIDAD:	<i>La ubicación de los elementos materiales probatorios en los estantes, están identificados y organizados cronológicamente, dando cumplimiento al manual de cadena de custodia lo que permite su ubicación fácil y empacados individualmente, de tal manera que no se genera la contaminación cruzada, adicional que los mismos se encuentran dentro del Laboratorio de Balística con control de acceso y para acceder a ellos deben pasar dos puertas con sistema de seguridad, por lo cual la integridad de los elementos se mantiene y existe control sobre ellos.</i> <i>Frente al criterio de almacenes de evidencias, es necesario aclarar que el Instituto no maneja almacenes de evidencias, dado que estos son de uso exclusivo de la Fiscalía General de la Nación.</i> <i>Frente al observación del mobiliario, se informa que se encuentra en ejecución el contrato No 031-DRNT-2024 ADQUISICION DE MUEBLES METÁLICOS PARA LOS LABORATORIOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES DE LA REGIONAL NORTE, el cual incluye 4 ítems para el Laboratorio de Balística (se adjuntan soportes).</i> <i>Por otro lado, el represamiento de los casos fue causa de la alta demanda del servicio con tendencia al aumento que superaba la capacidad operativa para los dos expertos técnicos que atendían el servicio en años anteriores al 2023, por lo tanto, la entidad fortaleció la planta de personal del Laboratorio de Balística, con la incorporación de dos técnicos Forenses formados en Balística, entre el año 2023 y 2024 (se adjuntan soportes), permitiendo el aumento de la capacidad operativa.</i>
ANÁLISIS DE RESPUESTA:	Teniendo en cuenta la respuesta de la entidad, la misma manifiesta que las evidencias se encuentran debidamente identificadas y organizadas cronológicamente; sin embargo, se evidencia que, a pesar de haber tomado acciones para solventar esta situación, actualmente, no se ha logrado subsanar completamente.

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

HALLAZGO 25. Equipos del laboratorio de balística pendiente de baja en Barranquilla.

COH_7548_2024-2-AU-CU: Equipos del laboratorio de balística pendiente de baja en Barranquilla.

INCIDENCIAS:

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

IP ☐ Otras incidencias ☐

¿Cuál?

CRITERIOS:

Fuente de Criterio	Criterio
Resolución 638 de 2009	Capítulo II, Artículo 6.
Procedimiento ISOLUCION DG-A-P-021 Versión 13.	7.4.14 Actividad No 14

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ:

Se evidenció que algunos equipos tecnológicos se encuentran fuera de servicio y operación y unas cajas fuertes que se encuentran en uno de los pasillos que eran para custodiar armas de fuego; una vez indagado con los funcionarios que atendieron la diligencia, manifestaron que no es viable su reparación y llevan varios meses en espera de completitud requisitos para el cumplimiento del procedimiento para ser dados de baja.



CÓMO:

En visita técnica realizada a los diferentes laboratorios del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses los días 26, 27 y 28 de agosto del 2024 y ubicados en la ciudad de Barranquilla, conforme al recorrido realizado por el equipo Auditor en el laboratorio de balística, se observaron los bienes fuera de operación y las cajas fuertes resguardadas, de lo cual los funcionarios que atendieron la diligencia detallaron lo ocurrido.

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 darlos de baja y no refleja la información real de la propiedad, planta y equipo en los estados financieros.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

Los equipos cajas fuertes, se encontraban en proceso de baja, pendiente del concepto técnico requerido acorde al procedimiento institucional.

ANÁLISIS DE RESPUESTA

Conforme a la respuesta de la entidad, la misma indica que los bienes relacionados se encuentran en proceso de baja; sin embargo, al momento de realizarse la visita técnica, no se había hecho efectivo.

Por tanto, las razones expuestas no son suficientes para desvirtuar lo observado por el grupo auditor, validándose como hallazgo con incidencia administrativa.

HALLAZGO 26. Infraestructura del laboratorio de antropología en Barranquilla.

COH_7552_2024-2-AU-CU: Infraestructura del laboratorio de antropología en Barranquilla.

INCIDENCIAS:

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

IP ☐ Otras incidencias ☐

¿Cuál?

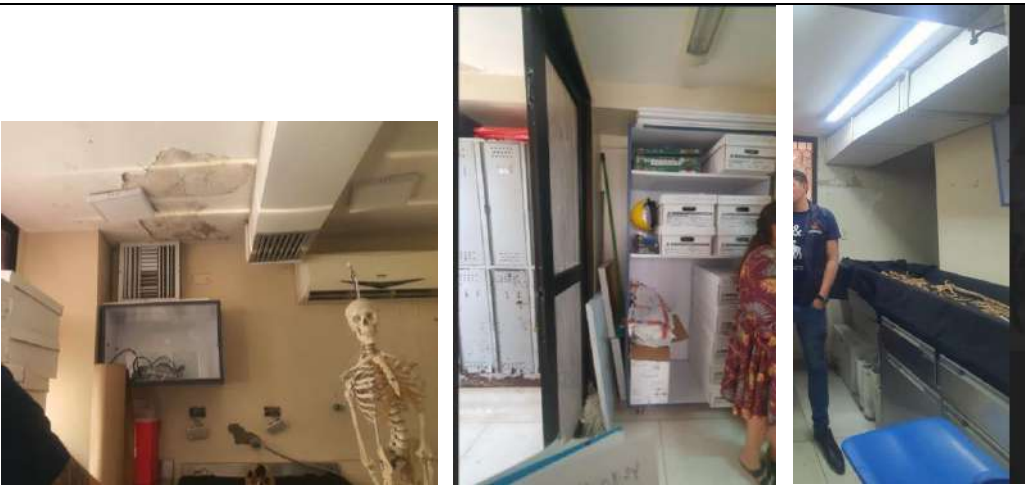
CRITERIOS:

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 observó presencia de filtraciones de agua en paredes, acumulación de bienes, espacios estrechos para adelantar las pruebas y deterioro de la infraestructura en general.

	
CÓMO: En visita técnica realizada a la Morgue y a los diferentes laboratorios ubicados en la ciudad de Barranquilla del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses los días 26, 27 y 28 de agosto del año en curso, el equipo auditor observó en el laboratorio de antropología daños de infraestructura.	
CAUSA: Esta situación se presenta por debilidades en la preservación, seguimiento de los contratos de infraestructura, faltas de mantenimientos, manejo de los espacios que tiene a disposición y fallas en la custodia de los elementos entregados en cuanto al tema de infraestructura.	
EFFECTO: Trayendo como consecuencia, deterioro de los bienes a su cargo, daños estructurales y posibles riesgos a la salud e integridad de los funcionarios.	
RESPUESTA DE LA ENTIDAD: Con relación a daños en la infraestructura del laboratorio de Antropología, a la fecha el Instituto se encuentra adelantando el proceso de Licitación Pública No. LP-0004-SG-2024, cuyo objeto es el: "MANTENIMIENTO Y REPARACIONES LOCATIVAS ÁREA DE ANTROPOLOGIA Y OTRAS ÁREAS DE LA SEDE REGIONAL NORTE - BARRANQUILLA DEL INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES", mediante el cual se adelantarán actividades de mantenimiento, adecuación y reparaciones locativas del bloque donde se encuentra el laboratorio de Antropología, Anexos, imágenes y renders. Se comparte el link del proceso que se encuentra publicado en la plataforma. Anexo carpeta 5	
ANÁLISIS DE RESPUESTA: Conforme a la respuesta indicada por la entidad, se evidencia que se encuentra desplegando acciones para solucionar esta situación, sin embargo, hasta el momento las gestiones adelantadas no han sido efectivas. En consecuencia, se valida esta observación como hallazgo administrativo y se desestima la incidencia disciplinaria.	

HALLAZGO 27. Equipo para servicio de grafología del laboratorio de lofoscopia en Barranquilla.

COH_7549_2024-2-AU-CU: Equipo para servicio de grafología del laboratorio de lofoscopia en Barranquilla.	
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.

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ: El grupo auditor observó el equipo destinado para prestar servicio de grafología denominado VSC2000 sin ser operado, para lo cual el personal que atendió la diligencia manifestó que se trata de un equipo al que no se le ha dado uso hace aproximadamente más de un año, debido a que la persona que lo maniobraba se pensionó y desde dicha fecha, se está a la espera de instrucciones por parte del nivel central para su disposición. 
CÓMO: En visita técnica realizada a la Dirección Regional Norte del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses los días 26, 27 y 28 de agosto del presente año, Durante el recorrido al laboratorio de lofoscopia, el grupo auditor evidenció el equipo resguardado en el espacio destinado para las pruebas analíticas y el personal que atendió la diligencia contextualizó lo ocurrido.
CAUSA: Esta situación se presenta por falta de capacitación de los funcionarios que operan los equipos tecnológicos al servicio de mencionado laboratorio, fallas en la planeación y asignación de recursos para atender las necesidades para la oportuna atención de casos asignados y carencia de comunicación y coordinación entre el nivel central y la regional norte.
EFFECTO: Lo anterior, genera retrasos y acumulación de casos debido a la falta de prestación de dicho servicio, impactando la oportunidad y garantía en tiempos de respuesta dentro de los procesos.
RESPUESTA DE LA ENTIDAD: <i>En fecha del 2024-08-30 se emitió informe técnico de mantenimiento del equipo VSC2000, el cual concluye que se encuentra fuera de servicio, por la tanto, se iniciará los trámites correspondientes de baja ante el área administrativa.</i> <i>Es importante aclarar que no se suspendió la atención del servicio para las solicitudes allegadas a la Regional Norte, ya que las mismas son atendidas por los expertos técnicos del Organismo de Inspección de la Regional Bogotá, lo cual fue informado de manera oportuna a todas las autoridades que cubren la regional Norte mediante el oficio No 548-GRCIF-DRNT- 2023, el cual se adjunta. La gestión anterior garantiza que no se retrasen o acumulen los casos, ni afecte la oportunidad y garantía en los tiempos de respuestas dentro del proceso de Documentología de la Regional Norte.</i>
ANÁLISIS DE RESPUESTA: En razón a la respuesta otorgada por la entidad, esta manifiesta que, una vez expedido el informe técnico de mantenimiento del equipo en comento, se concluye que se encuentra fuera de servicio y se iniciarán los trámites para dar de baja, el cual fue posterior a la visita técnica realizada por esta Contraloría.

Así las cosas, se constata la situación no solo por falta de personal, sino por la inoperatividad del equipo que presuntamente si funcionaba, según lo informado en la diligencia, disminuyéndose la capacidad de atención en el servicio de grafología al no contar con este equipo en funcionamiento hace aproximadamente un año y que fueron los casos direccionados a otra regional.

Por todo lo anterior, la presente observación se confirma como hallazgo administrativo.

HALLAZGO 28. Personal Sistema de seguridad y salud en el trabajo y gestión ambiental Barranquilla.

COH_7550_2024-2-AU-CU: Personal Sistema de seguridad y salud en el trabajo y gestión ambiental Barranquilla.

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

CRITERIOS:

Fuente de Criterio	Criterio
Ley 938 de 2004	Artículo 40 Numeral 5.
Decreto 1072 de 2015	Capítulo 6, Artículos 2.2.4.6.3., 2.2.4.6.5., 2.2.4.6.7. y 2.2.4.6.31.
Procedimiento ISOLUCION DG-M-P-106-AX-001. Versión 16	1.5 FACILITADOR DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Y MEDIO AMBIENTE

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ:

El grupo auditor identificó que, las funciones para los cargos de facilitador en el sistema de seguridad y salud en el trabajo y la gestión ambiental, las desempeña la misma persona, siendo actividades que corresponden a dos funcionarios muy independientes con alta responsabilidad y de una especificidad en su ejercicio profesional.

CÓMO:

En revisión del funcionamiento administrativo de Medicina Legal en la Dirección Regional Norte los días 26, 27 y 28 de agosto del año en curso, durante el recorrido adelantado por el grupo auditor, el personal que atendió la diligencia manifestó la situación y se evidenció con soportes documentales solicitados.

CAUSA:

Esta situación se presenta por fallas en la planeación y asignación de recursos para atender las necesidades de personal al interior del Instituto, además de la falta de comunicación y coordinación entre el nivel central y la regional norte, y el incumplimiento al procedimiento interno.

EFFECTO:

Lo anterior, genera una sobrecarga laboral que puede derivar en incumplimientos de la normativa ambiental que debe ser prioridad en el Instituto a causa de los residuos peligrosos que genera su actividad misional y falta de administración en la atención a las necesidades de cada uno de los cargos.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

En el marco del sistema integrado de gestión del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, se han definido roles como lo es el de Facilitador de Seguridad y Salud en el Trabajo en las Regionales, que cumplen con responsabilidades y actividades específicas orientadas a apoyar la implementación de los

criterios definidos en la normativa legal y técnica que al respecto existente (ISO 14001, decreto 1072 del 2015 y requisitos de obligatorio cumplimiento). Importante señalar que estos roles no corresponden a un cargo de planta sino a una función, por lo tanto, más de un rol puede ser asignado a un servidor público de acuerdo con el perfil definido en la normatividad legal aplicable; Así mismo se aclara que estos servidores sirven como enlace para ejecutar o aplicar los lineamientos de Seguridad y Salud en el Trabajo y Medio Ambiente, así como las políticas que se emiten desde el Nivel Central.

ANÁLISIS DE RESPUESTA:

Conforme a lo manifestado por la entidad, en relación con el desempeño de varias funciones que abarcan la seguridad y salud en el trabajo y gestión ambiental, se evidencia claramente en el procedimiento destinado a reglamentar el cargo específico Facilitador de Seguridad y Salud en el Trabajo en las Regionales que debe ser desempeñado por dos personas, para lo cual la entidad indica que puede ser desempeñado por una misma persona.

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 29. Archivo documental de patología y ciencia forense en Barranquilla.

COH_7551_2024-2-AU-CU: Archivo documental de patología y ciencia forense en Barranquilla.

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 594 de 2000	Artículos 11 y 12
Acuerdo 42 de 2002 Archivo General de la Nación – AGN	Artículo 3.

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ:

Se evidenció que no se lleva un registro consolidado de los expedientes que contienen informes periciales, además de no estar foliados en debida forma, teniendo en cuenta que se encuentran a disposición de autoridades como la Fiscalía General de la Nación.

Así mismo, se observó 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.



CÓMO:

En visita realizada a la Dirección Regional Norte del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses los días 26, 27 y 28 de agosto 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, 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:

Generando un riesgo de eficiencia y oportunidad en la tenencia documental y posible desactualización en la información, además de un riesgo latente de pérdida de documentos, propios de los procesos judiciales.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses cuenta con un procedimiento relacionado con la Gestión documental DG-A-P-012, implementado en sus unidades organizacionales y tomó las acciones pertinentes de acuerdo con las observaciones.

Se cuenta con procedimiento para control de acceso a las áreas restringidas, el cual se aplica para la consulta de los archivos de gestión de la Regional Norte.

El instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses cuenta con procedimiento relacionado con la Gestión documental DG-A-P-012, implementados en sus unidades organizacionales y tomó las acciones pertinentes de acuerdo a las observaciones.

Patología y Ciencias Forenses

- *Las condiciones físicas de esta área cuenta con registro de control de acceso, adicional se implementa el registro de acceso a externos DG-M-I-115-V03-F02, evidenciando el registro de los funcionarios de la contraloría.*
- *Las condiciones climáticas cumplen de acuerdo con lo requerido en el artículo 1 de Acuerdo 49 DE 2000, por temas de humedad y ventilación: el archivo de gestión de ciencias forenses cuenta con aire acondicionado, adicional cuenta con el control y custodia de los elementos.*

ANÁLISIS DE LA RESPUESTA:

Conforme a lo descrito por la entidad, se evidencia que la entidad conserva una reglamentación interna que comprende los preceptos legales en materia de archivo documental, no obstante, es necesario que este procedimiento se realice de forma adecuada en todas las regionales, por parte de los funcionarios a cargo de esta materia que no subsista 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 30. Espacio para audiencias públicas virtuales en Barranquilla.

COH_7554_2024-2-AU-CU: Espacio para audiencias públicas virtuales en Barranquilla.

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

CRITERIOS:

Fuente de Criterio	Criterio
Ley 87 de 1993	Artículo 2, literal a, b, c, d y h.
Acuerdo PCSJA24-12185 de 2024	Artículos 5 y 17

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ:

No se cuenta con ningún espacio exclusivo y/o adaptado libre de interferencias para desarrollar las audiencias virtuales judiciales, en donde sustentan los informes periciales emitidos por los funcionarios de cada una de las especialidades que ofrece el Instituto, razón por la cual no se brindan las condiciones legales adecuadas y necesarias, que fortalecen el sistema de justicia oral.

CÓMO:

Durante la visita técnica realizada a la Regional Norte de Medicina Legal ubicada en la ciudad de Barranquilla los días 26, 27 y 28 de agosto del año en curso, el equipo auditor observó en las instalaciones de la regional, los diferentes espacios destinados para adelantar las actividades propias de su objeto.

CAUSA:

Esta situación se presenta por debilidades de control interno, en materia de eficacia, eficiencia, administración, seguimiento y planeación en la construcción y estudios de las necesidades del espacio de infraestructura que requiere la Entidad para efectuar sus actividades misionales.

EFFECTO:

Lo que genera riesgos en el cumplimiento del protocolo de audiencias judiciales de la Rama contemplado en Acuerdo PCSJA-24-12185 de 2024, adicionalmente trasgrede la dignificación del derecho a los participantes, afectación que se puede presentar en el desarrollo de la misma, ya que las condiciones del espacio carecen de las medidas adecuadas para dicho propósito y deberes especiales de las partes que intervienen y se encuentran mencionados en el artículo 17 del mismo acuerdo.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

El instituto viene garantizando la privacidad y las condiciones para las audiencias virtuales, a través de la adquisición de dispositivos como diademas y cámaras web, así como la disposición de los consultorios y cuando se requiera el auditorio para la realización de las audiencias. Sin embargo, la Corte Constitucional en sentencia C-134 del 2023 declaró constitucional el artículo 63 del PLEAJ salvo el inciso cuarto y el

parágrafo segundo que se

declaran constitucionales en el entendido de que por regla general la modalidad (presencial o virtual) la determina el juez en ejercicio de su autonomía, con excepción de la audiencia de juicio oral en materia penal que deberá ser presencial.” Materia en la que el Instituto actúa, por lo cual no se requieren esfuerzos adicionales para la adecuación de otros sitios con fines de audiencias virtuales.

ANÁLISIS DE RESPUESTA:

En virtud de la respuesta manifestada por la entidad, se confirma la situación descrita en la observación, toda vez que, la adquisición de instrumentos tecnológicos para la asistencia a las audiencias de los procesos judiciales forma parte de las acciones necesarias para garantizar la privacidad en estas diligencias, sin embargo, en el momento de la inspección técnica en la Regional Norte no se identificó un espacio adecuado o privado para el desarrollo de audiencias virtuales, que si bien no surgen con periodicidad, si debe garantizarse este espacio acorde con lo dispuesto por el Consejo Superior de la Judicatura.

Por tanto, teniendo en cuenta lo expuesto por la entidad, no es suficiente para desvirtuar lo reprochado en la observación y se valida como hallazgo administrativo.

HALLAZGO 31. Recurso humano en Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

COH_7433_2024-2-AU-CU: Recurso humano en Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

INCIDENCIAS:

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

IP ☐ Otras incidencias ☐

¿Cuál?

CRITERIOS:

Fuente de Criterio	Criterio
Ley 938 de 2004	Artículos 35, 36 numerales 2 y 3, artículos 39 numeral 5. Artículo 40 numeral 5.
Decreto 111 de 1996	Artículos 17.
Resolución 00631 del 30 de agosto de 2019, INMLCF	Artículo 4 numeral 9.

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ:

Durante las visitas realizadas durante los meses de agosto y septiembre se identificó que, a la fecha de la diligencia hay una deficiencia en la disponibilidad de médicos patólogos, forenses, ingenieros, balísticos, técnicos, grafólogos y demás personal necesario para el funcionamiento del Instituto, lo cual quedó debidamente consignado en las actas correspondientes, debido a la necesidad latente en el cumplimiento de la misionalidad.

CÓMO:

En visita técnicas adelanta en los meses de agosto y septiembre del año en curso, realizada a las instalaciones de la Morgue y laboratorios, durante el desarrollo de la diligencia y entrevista con la coordinación regional. Se determinaron deficiencias de personal.

CAUSA:

La situación descrita, evidencia incumplimiento a los principios para la prestación de los diferentes servicios del portafolio del Instituto, además de debilidades en la planeación de la ejecución del presupuesto asignado a la entidad, correspondiente a recursos que se dejan de utilizar en el cumplimiento de la misionalidad y que pueden llegar afectar los rubros de funcionamiento para las vigencia e inversión en el 2023.

EFEECTO:

Lo anterior, genera una inadecuada gestión en el manejo del recurso asignado por la pérdida de la posibilidad de comprometer recursos apropiados, acarreado como consecuencia, la imposibilidad de atender las necesidades que requieren priorización para el funcionamiento de la entidad durante la vigencia 2023.

De igual manera, se genera riesgo de continuidad, oportunidad y garantía en la prestación del servicio forense por la falta de personal suficiente e idóneo para la atención óptima de los diferentes servicios encontrados en el portafolio del Instituto.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, durante las vigencias 2021 y 2023 gestionó ante el Ministerio de Hacienda y Crédito Público los recursos presupuestales con el fin de ubicar cargos nuevos en los diferentes puntos de atención y prestar los servicios forenses según el portafolio de servicios, de acuerdo con los siguientes aspectos:

- Carga laboral, cual se determina por el Subdirector de Servicios Forenses y los Directores Regionales, con base en estadísticas de la actividad pericial para cada servicio y punto de atención.
- Tiempos de respuesta, acorde a los indicadores establecidos por la entidad.
- Demanda de servicios del punto de atención.
- Planta con la que se cuenta en los diferentes puntos de atención para atender las necesidades de servicios misionales.

Es así como, en el año 2019 el Instituto celebre el contrato No. 169-SG-2019 con la Universidad Nacional de Colombia, con el fin de realizar el estudio de perfiles y cargas de trabajo de los servidores públicos de la entidad, que contengan las necesidades de ajuste o de incremento de planta conforme a los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública, el cual determinaba las necesidades de ajuste o ampliación de planta de personal.

En consecuencia y para dar cumplimiento a lo anterior, para las vigencias 2021 y 2023 logró la incorporación de 180 y 139 cargos respectivamente, en los diferentes niveles principalmente para el servicio forense, los cuales fueron asignados de acuerdo con los criterios anteriormente mencionados, quedando con una planta de cargos de 2408.

DENOMINACIÓN DEL CARGO	ACUERDO DE JUNTA DIRECTIVA 22	NUEVOS CARGOS		NUEVOS CARGOS	
	Octubre 21 de 2016	Año 2021		Año 2023	
	Total cargos	Cargos nuevos	Total cargos	Cargos nuevos	Total cargos
Nivel Directivo	38		38		38
Nivel Asesor	16		16		16
Nivel Profesional	1.025	152	1.177	80	1.257
Nivel Técnico	159	8	167	59	226
Nivel Asistencial	851	20	871	-	871
TOTAL EMPLEOS	2.089	180	2.269	139	2.408

Así las cosas, no se encuentra viable ni sustentable la afirmación frente a que hacen falta profesionales en los diferentes servicios forenses, en cuanto a lo determinado por la subdirección de servicios forenses, estadísticas y carga laboral.

Durante las visitas realizadas en las sedes del instituto entre agosto y septiembre, el equipo auditor del entre de control no solicitó información relacionada con la planta de personal designado a los laboratorios y organismos de inspección que prestan servicios a la administración de justicia.

La información presentada con respecto a la disponibilidad de médicos patólogos, forenses, ingenieros, balísticos, técnicos, grafólogos y demás personal necesario para el funcionamiento del Instituto, es subjetiva ya que no se solicitaron datos estadísticos con respecto a la gestión de solicitudes por regional ni a la oficina de personal con respecto a la ampliación de la planta de personal.

Los puntos de atención para los servicios que prestan los laboratorios y organismos de inspección, se han habilitado teniendo en cuenta la demanda de cada servicio; a continuación, se presenta la disponibilidad de laboratorios y organismos de inspección en el territorio nacional.

REGIONAL / SECCIONAL	LABORATORIOS						ORGANISMOS DE INSPECCIÓN		
	EVIDENCIA TRAZA	TOXICOLOGIA	ESTUPEFACIENTES	GENETICA	BIOLOGIA	BALISTICA	DOCUMENTOLOGIA	LOFOSCOPIA	FRISCA
BOGOTÁ	1	1	1	1	1	1	1	1	1
GRUPO DE APOYO A LA UNIDAD DE BÚSQUEDA				1*					
NOROCCIDENTE		1	1	1		1	1	1	1
SUROCCIDENTE		1	1		1	1	1	1	
NORTE		1	1		1	1		1	
SUCRE						0		1	
NORORIENTE		1	1		1	1	1	1	1
NORTE DE SANTANDER					1	1			
OCCIDENTE		1	1		1	1	1	1	1
SUR						0			
TOLIMA		1	1		1	0		1	
BOYACÁ		1			1	1		1	
META				1	1	1		1	
TOTAL	1	8	7	4	11	9	5	10	4

En el cuadro anterior, se observa que la prestación de los servicios está cubierta en el territorio nacional, para todas las disciplinas y en caso de presentarse algún tipo de contingencia en alguna de las regionales, desde el nivel central se apoya dando continuidad a estos.

Existen servicios para los cuales no se recibe un alto número de solicitudes de manera rutinaria o que corresponden a análisis que no son altamente frecuentes; para este tipo de situaciones, la entidad ha realizado estudios asociados con la disponibilidad de equipos, infraestructura, reactivos, personal, herramientas de aseguramiento de calidad y necesidades de acreditación; para documentar la regionalización de algunos servicios o la necesidad de prestar un tipo de servicio por parte de una sede en particular, como sucede con el Laboratorio de Evidencia Traza, que atiende las necesidades del territorio nacional.

Los Laboratorios Forenses, realizan los análisis periciales aplicando los procedimientos institucionales aprobados, documentados y entendidos por su personal, asegurando que tiene, tanto la competencia como la capacidad y los recursos para atender adecuadamente las solicitudes. No existe afectación en la prestación del servicio por falta de personal y los criterios para fortalecer la competencia del personal vinculado a estas áreas incluye:

1. Detección de necesidades de capacitación y formación como insumo para la formulación del Plan Institucional de Capacitación.
2. Aplicación de herramientas de aseguramiento de calidad orientadas a garantizar la calidad y validez de los resultados emitidos, tales como: Supervisión del personal que realiza ensayos o inspección, Revisión de informes periciales, Monitoreo de informes periciales
3. Documentación de las hojas de vida técnicas del personal que hacen parte de los laboratorios y organismos de inspección.
4. Autorización del personal para las siguientes actividades, previo cumplimiento de los requisitos de entrenamiento y experiencia requeridos.

- *Analizar, informar, revisar y autorizar resultados
- *Emitir declaraciones de conformidad, opiniones e interpretaciones
- *Desarrollar, modificar, verificar y validar métodos
- *Realizar muestreo o selección de muestra y supervisar ensayos, inspecciones o calibraciones
- *Operar o verificar equipos que pueden influir en los resultados de los ensayos, inspecciones o calibraciones
- *Estimar incertidumbre de la medición
- *Actividades de apoyo que tengan influencia significativa en los resultados de los ensayos, inspecciones o calibraciones (máximo cinco).

En este contexto, no resulta claro cuál es la evidencia que se tiene frente a la falta de apropiación de los rubros de funcionamiento e inversión para la vigencia 2023, ya que no se ha dejado de prestar ningún servicio y durante la vigencia la entidad tuvo la capacidad técnica, científica y administrativa para atender a las necesidades rutinarias y las asociadas a casos prioritarios y de connotación, relacionados con el fenómeno de la desaparición, casos de identificación de personas asociadas a investigaciones del conflicto armado y derecho internacional humanitario, así como delitos contra la vida e integridad física.

ANÁLISIS DE RESPUESTA:

Teniendo en cuenta la respuesta allegada por la entidad, mediante la cual el Instituto manifiesta que “no se encuentra viable ni sustentable la afirmación frente a que hacen falta profesionales en los diferentes servicios forenses, en cuanto a lo determinado por la subdirección de servicios forenses, estadísticas y carga laboral.”, en razón a que solicitaron ampliación de la planta de personal quedando en 2408 cargos y que no se ha dejado de prestar ningún servicio del portafolio de Medicina Legal y no han sido afectadas las estadísticas ni tiempos de respuesta.

Así las cosas, el equipo auditor durante las visitas técnicas realizadas durante los meses de agosto y septiembre a las diferentes sedes de Medicina Legal, corroboró la falta de personal, conforme a lo manifestado por las personas que atendieron las diligencias; adicionalmente, quedó consignado en la ficha diagnóstico estructurada por la CGR y que fue socializada en cada una de las visitas. De igual manera, se tuvo conocimiento de los indicadores altos en el tiempo de respuesta en diferentes laboratorios que fueron visitados.

Por lo anterior, y teniendo en cuenta lo expuesto por la entidad, no existen razones suficientes para desvirtuar lo reprochado en la observación, validándolo como hallazgo administrativo.

HALLAZGO 32. Ejecución presupuestal proyecto laboratorios.

COH_COH_7441_2024-2-AU-CU: Ejecución presupuestal proyecto laboratorios.

INCIDENCIAS:

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

¿Cuál?

CRITERIOS:

Fuente de Criterio	Criterio
Ley 819 de 2003	Artículo 8
Decreto 111 de 1996	Artículos 7, 10 y 14

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ:

Verificada la información suministrada por Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, el equipo auditor encontró que durante la vigencia 2023 la entidad auditada comprometió el 95% del total del presupuesto, correspondiente a \$354.244.558.789,11, quedando una apropiación disponible de \$18.984.802.311,89 y equivalente al 5% del presupuesto general.

De lo anterior, se corroboró que del presupuesto comprometido solo el 85,8% fue efectivamente pagado y corresponde al 81,4% del total del presupuesto.

Cuadro 2. Resumen ejecución presupuestal

DESCRIPCIÓN	VALOR	% DEL TOTAL DEL PRESUPUESTO
APROPIACIÓN VIGENTE 2023	\$373.229.361.101,00	100%
CDP	\$354.244.558.789,11	95%
APROPIACIÓN DISPONIBLE	\$18.984.802.311,89	5%
OBLIGACIÓN	\$310.784.334.086,70	83,3%
PAGADO	\$303.952.151.457,89	81.4%

Fuente: IMLYCF

Elaborado: Equipo auditor

Así las cosas, se observan recursos disponibles y sin comprometer por valor de \$18.984.802.311,89.

CÓMO:

Una vez verificada la información suministrada por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, producto de la segunda solicitud de información de fecha 03 de agosto del 2024. Se identificó una pérdida de apropiación del 5%.

CAUSA:

Así las cosas, el Instituto no realizó el control ni el seguimiento presupuestal y financiero, generando una inobservancia en la función institucional de planeación y ejecución eficientemente de la totalidad de los recursos asignados; incumpliendo la exigencia de los principios presupuestales de anualidad y programación integral.

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, al dejar de ejecutar \$18.984.802.311,89 del total presupuestado para la vigencia 2023.

68

Carrera 69 No. 44-35 Piso 1 • Código Postal 111071 • PBX 647 7000
cgr@contraloria.gov.co • www.contraloria.gov.co • Bogotá, D. C., Colombia

EFEECTO:

Lo anterior, genera una inadecuada gestión en el manejo del recurso asignados al ente auditado, perdiendo la posibilidad de comprometer y atender las necesidades de la Entidad, que requieren mayor priorización para el funcionamiento de esta.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

En atención a la observación realizada es preciso señalar que la misma no corresponde, considerando que se titula como "Ejecución presupuestal proyecto laboratorios", pero en la situación detectada hace referencia a la ejecución de la totalidad del presupuesto del Instituto:

"verificada la información suministrada por Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, el equipo auditor encontró que durante la vigencia 2023 la entidad auditada comprometió el 95% del total del presupuesto, correspondiente a \$354.244.558.789,11, quedando una apropiación disponible de \$18.984.802.311,89 y equivalente al 5% del presupuesto general.

De lo anterior, se corroboró que del presupuesto comprometido solo el 85,8% fue efectivamente pagado y corresponde al 81,4% del total del presupuesto..."

De acuerdo con lo anterior, no existe concordancia entre el título de la observación y la situación detectada. De igual manera los valores relacionados no corresponden a los del informe de ejecución presupuestal a diciembre 31 de 2023, que se encuentra publicado en la página web de la entidad Presupuesto - Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

Ahora bien, de conformidad con las Fuentes de Criterios, Ley 819 de 2003 y Decreto 111 de 1996, es pertinente aclarar que no están reglamentando en particular UMBRALES O INDICADORES ADECUADOS para determinar que una ejecución presupuestal fue o no eficiente, máxime cuando en la vigencia 2023 el INMLYC tuvo una apropiación de \$374.129.784.286, se comprometió un total de \$355.105.113.468,11, correspondiente al 95% de ejecución presupuestal, indicador que se corresponde con los niveles de ejecución presupuestal promedio por sectores para el Presupuesto General de la Nación para el año, que fue del 95.9%. En cuanto a pagos, el indicador del Instituto en la vigencia 2023 fue del 81.4% que se aproxima al indicador del presupuesto general de la Nación que fue del 87.3%, según el Informe de ejecución del Presupuesto General de la Nación Acumulado a diciembre de 2023 ya referenciado.

Igualmente, se debe tener en cuenta que la ejecución presupuestal del Instituto, considera, entre otras, las siguientes circunstancias:

- Los \$8.162.27.088 del componente de recursos Propios que no fueron recaudados por el Instituto por las siguientes razones:*

Mejoramiento de la Capacidad de Análisis en pruebas de ADN a Nivel Nacional (C2901-0800-12) Ingresos Corrientes Recurso 20 (Propios) CSF: *En la vigencia 2023 se suscribió contrato Interadministrativo 01017562023 entre el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF y el Instituto Nacional De Medicina Legal y Ciencias Forenses, por la suma de \$670.382.419 cuyo objeto es "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." como no se suscribieron más contratos el saldo del cupo asignado fue \$3.629.617.581 no fue recibido ni recaudado.*

Mejoramiento de los Procedimientos y de la Capacidad de Respuesta en los Servicios de Patología Forense a Nivel Nacional (C-2901-0800-14) Ingresos Corrientes Recurso 20 (Propios) CSF: *La fuente de financiación de estos recursos provenía de los ingresos recibidos por parte de la Agencia de Seguridad Vial de conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 1753 de junio 9 de 2015, por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014 — 2018, Parágrafo 2 "La Agencia Nacional de Seguridad Vial transferirá al Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, uno coma cinco (1,5) salarios mínimos legales mensuales vigentes (SMMLV) por cada necropsia médico legal registrada en el mes anterior por causa o con ocasión de accidentes de tránsito, una vez remitida la información de fallecimientos y lesiones bajo las condiciones de reporte fijadas por el Ministerio de Transporte.. Los valores estarán destinados al financiamiento de las actividades medico legales y de información relacionadas con accidentes y hechos de tránsito.*

Sin embargo, el artículo 372 de la Ley 2294 del 19 de mayo del 2023, derogó el parágrafo segundo del artículo 30 de la Ley 1753 del 9 de junio de 2015 y por tal razón a partir de esa fecha ya no se recibieron recursos por la suma de \$4.532.659.507.

En su oportunidad se solicitó al Ministerio de Hacienda la reducción de estos recursos del presupuesto del Instituto, sin embargo, no fue posible ya que no se presentó decreto de reducción en esa vigencia.

- Declaratoria de procesos de contratación como desiertos, por la no presentación de oferentes, o por la descalificación de ofertas que no cumplieran con los requisitos técnicos o en los indicadores financieros, y la necesidad de adelantar un nuevo proceso contractual, para asegurar los principios de transparencia, economía y responsabilidad de la normatividad contractual.*
- Adquisición de materiales de referencia, insumos y equipos de alta tecnología necesarios para los servicios periciales solicitados por la aque,nistración de justicia, que por su especificad, complejidad, cantidad y presupuesto alto, ameritan un mayor diagnóstico, revisión y evaluación desde su estructuración hasta su adjudicación, y que además, por su modalidad de contratación (licitaciones y subastas, en su mayoría), dejaron saldos por menor valor al inicialmente proyectado, derivado de menores valores en las propuestas de los diferentes adjudicatarios, y que si bien fueron reasignados*



a nuevos procesos contractuales a finales de la vigencia, contaban con tiempos limitados para su ejecución, pero que permitieron asegurar el buen uso de los recursos asignados.

- *Tramites de importación de insumos, materiales y equipos de alta tecnología, que obedecen a procedimientos de la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, que afectaron los tiempos de entrega por parte de los proveedores, lo cual impactó el recibo y pago de los contratos celebrados.*

SOBRE LA CAUSA EXPUESTA

En la Comunicación sobre Segundas Observaciones AC INML YCF 2023, se señala:

"Así las cosas, el Instituto no realizó el control ni el seguimiento presupuestal y financiero, generando una inobservancia en la función institucional de planeación y ejecución eficientemente de la totalidad de los recursos asignados; incumpliendo la exigencia de los principios presupuestales de anualidad y programación integral"

En relación con la afirmación "...el Instituto no realizó el control ni el seguimiento presupuestal y financiero..." al respecto resulta pertinente contradecirla, toda vez que se presentan las siguientes condiciones, al efectuar el seguimiento de los recursos:

1. Seguimiento Mensual Ejecución Presupuestal y Financiero.

En cumplimiento de la Resolución Reglamentaria REG-ORG-0032 DE 2019 y del Decreto 2104 de 2023, artículo 2.2.6.4.1; artículo 2.2.6.5.2 y artículo 2.2.6.5.4, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, realiza el Seguimiento Mensual a la Ejecución Presupuestal y Financiero, de los Proyectos de Inversión, aprobados en el Presupuesto General de la Nación, para la Vigencia 2023, considerando el plazo establecido por el Departamento Nacional de Planeación, para registrar la información, de acuerdo con los criterios de la Plataforma Integrada de Inversión Pública - PIIP, durante los primeros cinco (5) días hábiles siguientes al periodo de ejecución presupuestal.

Así las cosas, en el marco del procedimiento "Actualización y seguimiento a los proyectos de inversión inscritos en el Banco Nacional de Programas", DG-E-P-008, Versión 7, Actividad No. 7, Tareas 3, 4 y 5, los Líderes responsables de la Ejecución de Proyectos, envían a la Oficina de Planeación, los resultados de la ejecución (Compromisos, Obligaciones y Pagos), de la Cadena de Valor: Costo de Actividades, Regionalización e Indicadores.

2. Reuniones de Seguimiento Ejecución Presupuestal de Proyectos de Inversión

En el marco del procedimiento "Actualización y seguimiento a los proyectos de inversión inscritos en el Banco Nacional de Programas", DG-E-P-008, Versión 7, Actividad No. 7, Tarea 8 "Realizar reunión trimestral con los líderes de los proyectos de inversión", se realiza una reunión de presentación de los avances y resultados de la ejecución de los proyectos a los Subdirectores, Secretaria General y los líderes responsables de la Ejecución de Proyectos.

3. Informe Seguimiento Trimestral — Ejecución de Proyectos de Inversión

De acuerdo con el requerimiento del Departamento Nacional de Planeación, se elabora informe de Ejecución Trimestral a la Ejecución de los Proyectos de Inversión: Marzo, Junio, Septiembre y Diciembre de cada vigencia, el cual se envía al D.N.P y se publica en la Página WEB del Instituto, Proyectos de Inversión - Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

ANÁLISIS DE RESPUESTA:

Analizados los documentos soporte enviados por la entidad, podemos observar la falta de control y seguimiento presupuestal y financiero, lo que hace que no se esté cumpliendo a cabalidad con la función institucional de planear y ejecutar eficientemente la totalidad de los recursos asignados, ocasionando pérdida de apropiación e inobservancia de los principios presupuestales de anualidad y programación integral de que trata el Estatuto Orgánico de Presupuesto.

La entidad ha solicitado al Ministerio de Hacienda y Crédito Público el recorte de su presupuesto que no considera necesario, sin embargo, el INMLCF ha manifestado tener muchas dificultades relacionadas con falta de recursos y personal en varias dependencias en donde los mismos líderes de proceso manifiestan esta inconformidad.

Por lo tanto, la observación se configura como hallazgo Administrativo.

-HALLAZGO 33. Nevera de almacenamiento de cadáveres Sede Neiva.

COH_8050_2024-2-AU-CU: Nevera de almacenamiento de cadáveres Sede Neiva.

INCIDENCIAS:

Administrativa☒Fiscal☐Disciplinaria☒Pena☐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 Numerales 5, 22 y 23

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ:

El equipo auditor adelantó inspección ocular al área de patología de la Sede de Neiva, en donde se evidenció hacinamiento en la Nevera de almacenamiento de cadáveres, ya que se tienen almacenados 22 occisos, pero su capacidad máxima es de 16.

CÓMO:

En visitas técnicas a las instalaciones administrativas del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses y sus regionales, durante los meses de agosto y septiembre del presente año, el equipo auditor en inspecciones oculares, determinó varias deficiencias en la Sede de Neiva relacionada con la capacidad de la Nevera de almacenamiento de occisos.

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.

EFEECTO:

Lo anterior, podría generar que la capacidad se vea comprometida ante un eventual aumento en la demanda de procedimientos, malos olores, mala conservación, deterioro acelerado de los occisos y aumentar la dificultad en los procesos por la creciente descomposición de los cadáveres.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

En el contexto de los procesos de patología y antropología forense, se lleva a cabo la custodia de cadáveres (restos humanos o partes corporales) sometidos a necropsia médico-legal o a procedimientos forenses de ideación. Estos cadáveres deben ser entregados a familiares o reclamantes autorizados por la autoridad competente, o bien ser, destinados a inhumación estatal, Para garantizar el adecuado estado de conservación de los cuerpos se dispone de nevera (capacidad 2 cuerpos) y dos cuartos fríos (capacidad 12 cadáveres ubicada en antropología y de hasta 18 cadáveres ubicada en patología) donde se almacenan transitoriamente mientras se realizan las entregas o inhumaciones estatales. El cuarto frío de antropología funciona como medida de contingencia ante un eventual aumento de casos de cadáveres sin reclamar. La ocupación de estos espacios varía en función de las entregas efectuadas. cómo se evidencia en el historial de censos de cadáveres adjunto a esta comunicación. Anexos carpeta Regional Sur.

Es importante señalar que los cuartos mortuorios permiten sobrecargarse hasta un 25% de su capacidad nominal (cuerpos de 1 00 kg), acorde con las condiciones en que fueron diseñados; dicha sobrecarga no afecta su normal operación.

Desde la Regional Sur, se han gestionado autorizaciones ante los entes competentes para llevar a cabo inhumaciones estatales, siguiendo el procedimiento Cuidado y Custodia de Cadáveres, DG-M-P-083, numeral 7.2.8, Sin embargo, no se ha recibido respuesta por parte de la autoridad en relación al contacto

con las familias. Asimismo, se ha solicitado a la Alcaldía Municipal de Neiva la asignación de bóvedas y osarios necesarios; pero, los espacios asignados han resultado insuficientes para el proceso de inhumación requerido por la entidad. Con base en lo anterior, se aclara que el instituto ha realizado las gestiones para la disposición final de cadáveres, sin embargo, esta depende de la gestión de los entes territoriales. Se adjuntan los soportes de las gestiones realizadas. Anexos carpeta Regional Sur.

Es importante señalar que los cuartos fríos han operado adecuadamente en cuanto al sistema de refrigeración. Se han llevado a cabo mantenimientos preventivos y correctivos acorde al cronograma anual de mantenimiento, aclarando que los correctivos no han sido ocasionados para fallas en refrigeración. Anexos carpeta Regional Sur.

Esto permite concluir que el equipo ha mantenido su funcionamiento, garantizando así la continuidad en la prestación del servicio y la conservación adecuada de los cadáveres.

Se precisa que el cuarto frío está operando correctamente, lo que impide la viabilidad de un proceso de baja, acorde a lo establecido en la Resolución 200 de 2023, la cual deroga La Resolución 638 de 2009.

ANÁLISIS DE LA RESPUESTA:

Al verificar las evidencias aportadas por el regional sur donde se demuestra que se ha realizado gestión con la alcaldía de Neiva en la solicitud de bóvedas en el cementerio central de Neiva para Inhumación estatal des del 2020, 2022,2023 y 2024. A la Fiscalía de la Nación donde se le solicita que retiren los cadáveres ya que se les realizó el procedimiento de necropsia médico legal y no se han retirado los cuerpos.

El equipo auditor considera que se ha realizado gestión, pero sin embargo la entidad debe garantizar que los espacios frente a este tema de sobre cupo no se siga presentando ya que estos cuerpos se encuentran en estado de putrefacción, como ustedes lo manifiestan y la situación los obliga a declarar la alerta sanitaria, dado que se está iniciando la propagación de malos olores en la sede y áreas circunvecinas.

Por esta razón el hallazgo se mantiene administrativo y la connotación disciplinaria.

-HALLAZGO 34. Nevera de almacenamiento en el laboratorio de Biología Sede Neiva.

COH_8052_2024-2-AU-CU: Nevera de almacenamiento en el laboratorio de Biología 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 de 2004	Artículo 36 Numerales 1 y 5
Ley 1952 de 2019	Artículo 38 Numerales 5, 22 y 23

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ:

El equipo auditor adelantó inspección ocular al laboratorio de biología de la Sede de Neiva, en donde se evidenció que existen dos (2) Neveras nuevas que se encuentran sin funcionar debido a que no realizan el proceso de congelación adecuadamente.



CÓMO:

En visitas técnicas a las instalaciones administrativas del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses y sus regionales, durante los meses de agosto y septiembre del presente año, el equipo auditor en inspecciones oculares, determinó varias deficiencias en la Sede de Neiva relacionadas con las neveras del laboratorio de biología.

CAUSA:

Esta situación se presenta por fallas en la custodia, comunicación y coordinación de los funcionarios con los Directivos, ante la evidencia de situaciones presentadas dentro de sus labores diarias.

EFEECTO:

Esto genera posibles debilidades en el abastecimiento de insumos, ya que se ve limitada la solicitud de necesidades ante la disminución de espacios de congelación, demoras y retrasos en la liberación de procesos ante la falta de insumos.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

El laboratorio de biología dispone de dos congeladores destinados a la conservación de muestras, adquiridos mediante el contrato 0010-DRSU-2023 con el contratista GRUPO NOVOMARK SAS. Esta adquisición está respaldada por la póliza de cumplimiento No. 2144- 101416479 cuyo amparo de calidad y correcto funcionamiento de los bienes cuenta con una vigencia hasta de 30 de noviembre de 2025. Se adjunta copia del contrato electrónico, póliza y comprobante de ingreso al almacén. Anexos carpeta regional sur.

El día 11 de julio de 2024 se reporta falle de operación de los equipos de la siguiente manera:

El congelador identificado con numero de inventario 605188 no garantiza el rango de temperatura adecuada.

El equipo identificado con numero de inventario 605187 cuenta con el sistema congelación funcionando correctamente, pero presenta novedad en la condensación en la parte superior de su estructura extrema y hielo excesivo en su campamiento interno.

Se adjuntan soportes de los requerimientos al contratista para la solución de la falla. quien el día 25 de septiembre realizo visita de inspección y reparación de los equipos dejándolos en pruebas de funcionamiento. Anexos carpeta Regional Sur.

Cabe destacar que el instituto no realiza intervenciones de mantenimiento en estas neveras, dado que el contratista es el responsable de dicho mantenimiento por encontrarse en garantía.

Las neveras fueron específicamente adquiridas para la conservación de muestras biológicas y no para el almacenamiento de insumos. Por lo tanto, la prestación del servicio no se ve afectado por la falta de espacio para insumos, ya que estos se almacenan en áreas diferentes. Anexos carpeta Regional Sur.

Adicionalmente, se confirma que las evidencias no presentaron alteraciones en la cadena de custodia, lo que garantiza la continuidad de los procesos en los laboratorios. Durante el periodo de falla, no se contaba con muestras biológicas, ya que los casos fueron atendidos de manera inmediata.

En resumen, se evidencia el cumplimiento en la utilización de los bienes y recursos asignados para la conservación de muestras biológicas, así como las acciones implementadas para la garantizar el cumplimiento de la garantía por parte del contratista, asegurando la protección de los bienes institucionales.

ANÁLISIS DE LA RESPUESTA:

Como lo manifiesta la entidad en su respuesta dirigida al grupo auditor indicando lo siguiente afirmando la falla de los equipos; “El día 11 de julio de 2024 se reporta falle de operación de los equipos de la siguiente manera: El congelador identificado con numero de inventario 605188 no garantiza el rango de temperatura adecuada. El equipo identificado con numero de inventario 605187 cuenta con el sistema congelación funcionando correctamente, pero presenta novedad en la condensación en la parte superior de su estructura extrema y hielo excesivo en su campamiento interno”.

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

HALLAZGO 35. Extensión de vida útil de insumos de laboratorio Biología Sede Neiva.

COH_8053_2024-2-AU-CU: Extensión de vida útil de insumos de laboratorio Biología Sede Neiva.

INCIDENCIAS:

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

IP ☐ Otras incidencias ☐

¿Cuál?

CRITERIOS:

Fuente de Criterio	Criterio
Ley 87 de 1993.	Artículo 2
Resolución 638 de 2009.	Capítulo II artículo 6.
NTC-ISO/IEC-17025:2017	Numeral 7.7.1 c)
NTC-ISO 9001:2015	Numeral 8.5.1 c)
Procedimiento: Manejo de reactivos e insumos empleados en los laboratorios y organismos de inspección forenses en el INMLCF, código DG-M-I-087 Versión 7.	19.1 Insumos y servicios adquiridos con destino a los servicios periciales del Instituto.
Código del documento: DG-MANUAL-001.	

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ:

El equipo auditor adelantó inspección ocular al laboratorio de biología de la Sede de Neiva, en donde se evidenció que no aplican el procedimiento de extensión de vida útil de los insumos y/o reactivos vencidos, las pruebas de denominadas positivo y negativo.

CÓMO:

En visitas técnicas a las instalaciones administrativas del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses y sus regionales, durante los meses de agosto y septiembre del presente año, el equipo auditor determinó varias deficiencias en la Sede de Neiva, en donde se solicitó las pruebas de extensión de reactivos vencidos, pero no se tenían registro alguno.

CAUSA:

Esta situación se produce, por desconocimiento de los procedimientos internos por parte del Instituto, así como falta de capacitaciones y divulgación de las directrices que se crean y falta de coordinación por parte de la Altas Direcciones.

EFFECTO:

Lo anterior, genera que las normas internas no se apliquen debidamente, carencias y discrepancias en los criterios unificados en los procedimientos aplicados por cada Sede y riesgos en los resultados ante la falta del procedimiento de control.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD

El laboratorio de biología aplica rigurosamente el procedimiento para el manejo de reactivos e insumos, conforme al procedimiento código DG-M-I-087, versión 7, en el contexto de laboratorios y organismos de inspección forense del INMLCF.

Esto se respalda con la utilización del aplicativo ISOLUCION, donde se evidencia el registro de revisión realizado por las servidoras públicas en las fechas 14 y 17 de enero de 2022, así como la consulta y lectura del Manual del Sistema Integrado de Gestión el 16 de marzo de 2023. Se adjuntan las evidencias de las lecturas en ISOLUCION, así como el PET (Anexo 1 y 2 carpeta observación 45)

Además, el control de insumos se lleva a cabo a través del formato DG-M-I-087-F-001, versión 7, que incluye, entre otros aspectos, alertas de vencimiento. Es fundamental destacar que, hasta la fecha, no se ha solicitado la extensión de la vida útil de los reactivos, dado que los procedimientos estandarizados de trabajo de biología forense (PETS) exigen el uso exclusivo de reactivos no vencidos, de igual manera el Laboratorio en los requerimientos establece las necesidades reales de reactivos a adquirir. Este control preventivo asegura la minimización de riesgos asociados al vencimiento, se adjunta el formato de control de insumos en su versión vigente Anexos carpeta Regional Sur.

Las condiciones de almacenamiento y uso de elementos de bioseguridad para manipulación de reactivos están debidamente documentadas y estandarizadas en todas las áreas, tales criterios incluyen: etiquetas de identificación acordes al sistema globalmente armonizado, verificación de aptitud de uso, inventarios y condiciones de preparación de reactivos/ soluciones, con lo cual están bajo control los riesgos que se puedan generar por manipulación durante el uso de los mismos. Anexos carpeta Regional Sur.

Con respecto a la calidad y validez técnica de los resultados, se aclara que, durante la ejecución de los ensayos de los laboratorios de Biología, todos los expertos técnicos diligencian el formato "Hoja de Trabajo", donde se registran los resultados de los controles positivos y negativos realizados en cada caso, por lo tanto, con cada montaje de muestras se verifica el uso adecuado de los reactivos utilizados. Anexos carpeta Regional Sur.

ANÁLISIS DE LA RESPUESTA:

Si bien la entidad manifiesta que “no se ha solicitado la extensión de la vida útil de los reactivos, dado que los procedimientos estandarizados de trabajo de biología forense (PETS) exigen el uso exclusivo de reactivos no vencidos”, al revisar el anexo enviado por la entidad nos damos cuenta que en la planilla en los numerales 14 y 15 se evidencia que no se encuentra ninguna información en cuanto a la fecha de ingreso y fecha de vencimiento, por lo que estos productos sin registro podrían requerir extensión de vida útil.

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

HALLAZGO 36. Funciones del Personal Sede Neiva.

COH_8054_2024-2-AU-CU: Funciones del Personal Sede Neiva.

INCIDENCIAS:

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

IP ☐Otras incidencias ☐

¿Cuál?

CRITERIOS:

Fuente de Criterio	Criterio
Ley 938 de 2004	Artículo 40 Numeral 5.
Decreto 1072 de 2015	Capítulo 6, Artículos 2.2.4.6.3., 2.2.4.6.5., 2.2.4.6.7. y 2.2.4.6.31.

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ:

El equipo auditor adelantó inspección ocular en la Sede de Neiva, en donde se evidenció que los funcionarios que ostentan cargos en la figura de provisionalidad, tienen asignadas varias funciones que corresponden a otros cargos, es el caso, el funcionario que se desempeña como auxiliar de patología asume funciones de conductor y a su vez maneja el registro de inventario, teniendo como cargo por resolución auxiliar de patología.

Así mismo, se corroboró otro funcionario encargado de las actividades relacionadas con el sistema de seguridad y salud en el trabajo, así como, asume las gestiones del componente ambiental y también es responsable de contratos.

CÓMO:

En visitas técnicas a las instalaciones administrativas del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses y sus regionales, durante los meses de agosto y septiembre del presente año, el equipo auditor en inspecciones oculares, determinó varias deficiencias en la Sede de Neiva relacionadas con las funciones asignadas a los funcionarios.

CAUSA:

Esta situación se presenta por debilidades por parte del Ordenador del gasto en garantizar las necesidades al interior de la Institución, así como la falta de verificación y administración por parte de la Alta Dirección en la contratación y las funciones del recurso humano a su cargo.

EFECTO:

Lo anterior, genera una sobrecarga laboral que puede derivar en incumplimientos de las normativas y compromisos del funcionario; así como debilidades en la oportunidad de los procesos que maneja la Entidad.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

Es relevante señalar que los servidores públicos desempeñan diversas actividades que no se limitan a un cargo de planta, sino que responden a funciones. Por lo tanto, un mismo servidor público puede asumir múltiples roles según el perfil definido en la normatividad legal vigente.

Asistente Forense

La Junta Directiva del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, mediante Acuerdo 52 del 18 de agosto de 2021, por el cual se establece el marco general de regulación de funciones y requisitos para los empleos del Instituto, señala que quienes ocupen los empleos del nivel asistencial que pertenecen al proceso misional, tendrán entre otras las siguientes funciones:

1. Registrar información, teniendo en cuenta procedimientos y lineamientos institucionales. 2. Organizar materiales, equipos, instalaciones y demás aspectos de los procesos misionales, teniendo en cuenta su competencia y lineamientos institucionales.

Manejar correspondencia de los procesos misionales forenses, de acuerdo con competencia del Instituto.

Apoyar el desarrollo de procedimientos misionales, de acuerdo con su competencia, área de desempeño y lineamientos institucionales.

Manejar elementos materiales probatorios, traslado físico, custodia y disposición final de evidencias, de acuerdo con los procedimientos, normativa y lineamientos del manual de cadena de custodia.

Alistar laboratorios, materiales y elementos de los procedimientos misionales, de acuerdo con requerimientos y procedimientos.

Las demás que le sean asignadas por autoridad competente, de acuerdo con área de desempeño y la naturaleza del empleo (resaltado fuera de texto).

Es así, que acorde al Manual Específico de Funciones y Competencias Laborales que se entrega al funcionario, se encuentran entre otras las siguientes funciones:

- Asistir en la prestación del servicio de necropsia y exhumaciones de cadáveres, teniendo en cuenta procedimientos y lineamientos institucionales.*
- Asistir toma de muestras, teniendo en cuenta procedimientos y directrices institucionales.*
- Esqueletizar cadáveres, teniendo en cuenta documentos del Sistema Integrado de Gestión y lineamientos institucionales.*
- Realizar las diligencias de exhumación de cadáveres o restos óseos, de acuerdo normativa, lineamientos institucionales y documentos del Sistema Integrado de Gestión.*
- Organizar archivos, fondos acumulados y transferencias documentales, de acuerdo con la normativa y procedimientos.*
- Trasladar residuos peligrosos, de acuerdo con procedimiento y normativa ambiental.*
- Es preciso señalar que, la conducción es una actividad asignada para el cumplimiento de sus funciones, como el traslado de elementos material probatorios y traslado físico, y no corresponde a un cargo.*

Por tanto, esta situación referida en la Observación, está acorde a las funciones que debe realizar el funcionario, sin generar sobre carga laboral. Anexos carpeta regional Sur

Facilitadora de Seguridad y Salud en el Trabajo y Medio Ambiente — Regional Sur: En el marco del sistema integrado de gestión del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, se han definido roles como lo es el de Facilitador de Seguridad y Salud en el Trabajo en las Regionales, que cumplen con responsabilidades y actividades específicas orientadas a apoyar la implementación de los criterios definidos en la normativa legal y técnica que al respecto existente (ISO 14001, decreto 1072 del 2015 y requisitos de

obligatorio cumplimiento). Importante señalar que estos roles no corresponden a un cargo de planta sino a una función, por lo tanto, más de un rol puede ser asignado a un servidor público de acuerdo con el perfil definido en la normatividad legal aplicable; así mismo se aclara que estos servidores son enlaces para ejecutar o aplicar los lineamientos de Seguridad y Salud en el Trabajo y Medio Ambiente, así como las políticas que se emiten desde el nivel central.

Asimismo, es importante aclarar que la responsabilidad de la contratación en la Regional Sur no recae en esta servidora pública, sino en el Grupo Regional Administrativo y Financiero. Según el anexo DG-A-P-114-AX-005, el cual forma parte del procedimiento de gestión contractual DGA-P-114, la designación del supervisor del contrato corresponde al Ordenador del Gasto, quien lo establecerá en el respectivo contrato o convenio. Los supervisores de contratos son designados entre los funcionarios del INMLCF de nivel técnico, profesional o directivo. En este contexto, la funcionaria ha sido designada como supervisora de contratos relacionados con su área y de acuerdo con sus competencias técnicas y conocimientos. Se adjuntan los oficios de designación de supervisión y el anexo mencionado para su verificación. Se adjunta manual de funciones, designación de facilitadora SST-MA, anexo DG-A-P-114-AX-005, oficios de designación de supervisión. Anexos carpeta regional Sur

ANÁLISIS DE LA RESPUESTA:

Una vez revisados los soportes aportados por la entidad, se verificó que en el manual de funciones en la ficha técnica de empleo en su numeral IV, en ninguna parte de esta ficha nos detalla que en el cargo de asistente forense la persona debe realizar funciones de conductor.

Por otra parte, el técnico que realiza la actividad de seguridad y salud en el trabajo, también asume las gestiones del componente ambiental y es responsable de contratos cuando en el manual de funciones en la ficha técnica de empleo en su numeral IV no se describe ninguna de las dos actividades adicionales que realiza esta persona.

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

HALLAZGO 37. Infraestructura Sede Neiva.

COH_8056_2024-2-AU-CU: Infraestructura Sede 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. Art. 40 Num. 5
Ley 09 de 1979	Artículo 108 y 109.
Decreto 1538 de 2005	Artículo 9°. Características de los edificios abiertos al público. Para el diseño, construcción o adecuación de los edificios de uso público en general, se dará cumplimiento a los siguientes parámetros de accesibilidad: C. Acceso al interior de las edificaciones de uso público. 1. Al menos uno de los accesos al interior de la edificación, debe ser construido de tal forma que permita el ingreso de personas con algún tipo de movilidad reducida y deberá contar con un ancho mínimo que garantice la libre circulación de una persona en silla de ruedas.

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ:

El equipo auditor adelantó inspección ocular en la Sede de Neiva, en donde se evidenció que las instalaciones carecen de adecuaciones que permita el acceso al segundo piso a las personas con condiciones de movilidad reducida (PMR).

Por otro lado, se evidenció que toda la infraestructura presenta filtraciones de agua.

El área de rayos x ubicado en el área de antropología, presenta goteras por lo que el uso del espacio es intermitente.



CÓMO:

En visitas técnicas a las instalaciones administrativas del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses y sus regionales, durante los meses de agosto y septiembre del presente año, el equipo auditor en inspecciones oculares, determinó varias deficiencias en la Sede de Neiva relacionadas con la infraestructura.

CAUSA:

Esta situación se presenta por debilidades por parte del Ordenador del gasto en garantizar las necesidades al interior de la Institución, así como la falta de verificación y administración por parte de la Alta Dirección en la contratación y las funciones del recurso humano a su cargo.

EFECTO:

Esta situación incumple las normas correspondientes, además de impedir el acceso a personas con movilidad reducida y limitando la contratación de personal con dicha condición dentro de la Sede de Neiva que puedan laborar en las Áreas del segundo piso.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

Accesibilidad: En cumplimiento del Decreto 1538 de 2005, se establece que al menos uno de los accesos a la edificación debe ser apto para el ingreso de personas con movilidad reducida. La sede en cuestión cuenta con un acceso que permite la libre circulación de personas en silla de ruedas, garantizando una infraestructura que permite la atención de usuarios con movilidad reducida en las áreas de primer piso. Por otra parte, dentro de la planta de personal no se cuenta con funcionarios con movilidad reducida y en caso de presentarse, se dispone de espacios para ser ubicados en el primer piso. Se anexa registro fotográfico que respalda esta afirmación. Anexos carpeta regional Sur. Se aclara que las áreas del segundo piso se encuentran restringidas para los usuarios y ciudadanía en general.

Condiciones Estructurales: A la fecha no se presentan filtraciones de agua, ni goteras; lo que se evidencia en la fotografía soporte de la observación es humedad que deteriora la pintura de un área de la pared, proveniente del marco de la ventana ubicada en la sala de autopsia. Esta situación corresponde a deterioros que provienen del tiempo y uso de los bienes inmuebles. Se precisa que por parte del área de mantenimiento se realizan labores de reparación y mantenimiento locativo, por deterioros o daños generados por el uso natural, fuerza mayor o caso fortuito, y naturaleza del suelo. Se adjunta registro fotográfico de la reparación de la humedad registrada en la fotografía que soporta la observación. Anexos carpeta regional Sur

En cuanto al funcionamiento del cuarto de Rayos x de forma intermitente, se produce debido a que el equipo de Rayos X es portátil y sirve para el desarrollo de trabajos en las áreas de antropología y patología. Se usa de acuerdo con las indicaciones forenses para tomas de radiografías en determinados casos; por lo que debe permanecer en una de estas dos áreas.

Es importante mencionar, que en el servicio de patología igualmente se ha destinado un área para el equipo de Rayos X. Por lo anterior su uso en el área de antropología es intermitente, no por la presencia de goteras, si no por los requerimientos de los casos en estudio. Las unidades de conservación de restos óseos fueron ubicadas transitoriamente en este espacio; actualmente, el área se encuentra despejada. Se anexa registro fotográfico que verifica esta situación. Anexos carpeta regional Sur.

En conclusión, la sede cumple con las normativas de accesibilidad para personas con movilidad reducida y presenta condiciones estructurales que han sido atendidas adecuadamente. Se garantiza el uso eficiente del equipo de RX sin inconvenientes derivados de filtraciones o condiciones inadecuadas en la infraestructura.

ANÁLISIS DE LA RESPUESTA:

Si bien la entidad indica que “En cumplimiento del Decreto 1538 de 2005, se establece que al menos uno de los accesos a la edificación debe ser apto para el ingreso de personas con movilidad reducida. La sede en cuestión cuenta con un acceso que permite la libre circulación de personas en silla de ruedas, garantizando una infraestructura que permite la atención de usuarios con movilidad reducida en las áreas de primer piso”. El grupo auditor difiere de dicha respuesta ya que en la visita realizada la entidad está incumpliendo las normas correspondientes, además de impedir el acceso a personas con movilidad reducida y limitando la contratación de personal con dicha condición dentro de la Sede de Neiva que puedan laborar en las Áreas del segundo piso

En su respuesta la entidad manifiesta que “A la fecha no se presentan filtraciones de agua, ni goteras; lo que se evidencia en la fotografía soporte de la observación es humedad que deteriora la pintura de un área de la pared, proveniente del marco de la ventana ubicada en la sala de autopsia.”, el grupo auditor no está de acuerdo con la respuesta manifestada por la entidad ya que se evidenció en el momento de la visita, que en varias partes permanece la humedad del cual se tiene registros fotográficos.

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

HALLAZGO 38. Archivo de gestión e histórico en la sede de Cúcuta.

COH_8010_2024-2-AU-CU: Archivo de gestión e histórico en la sede de Cúcuta.

INCIDENCIAS:

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

¿Cuál?

CRITERIOS:

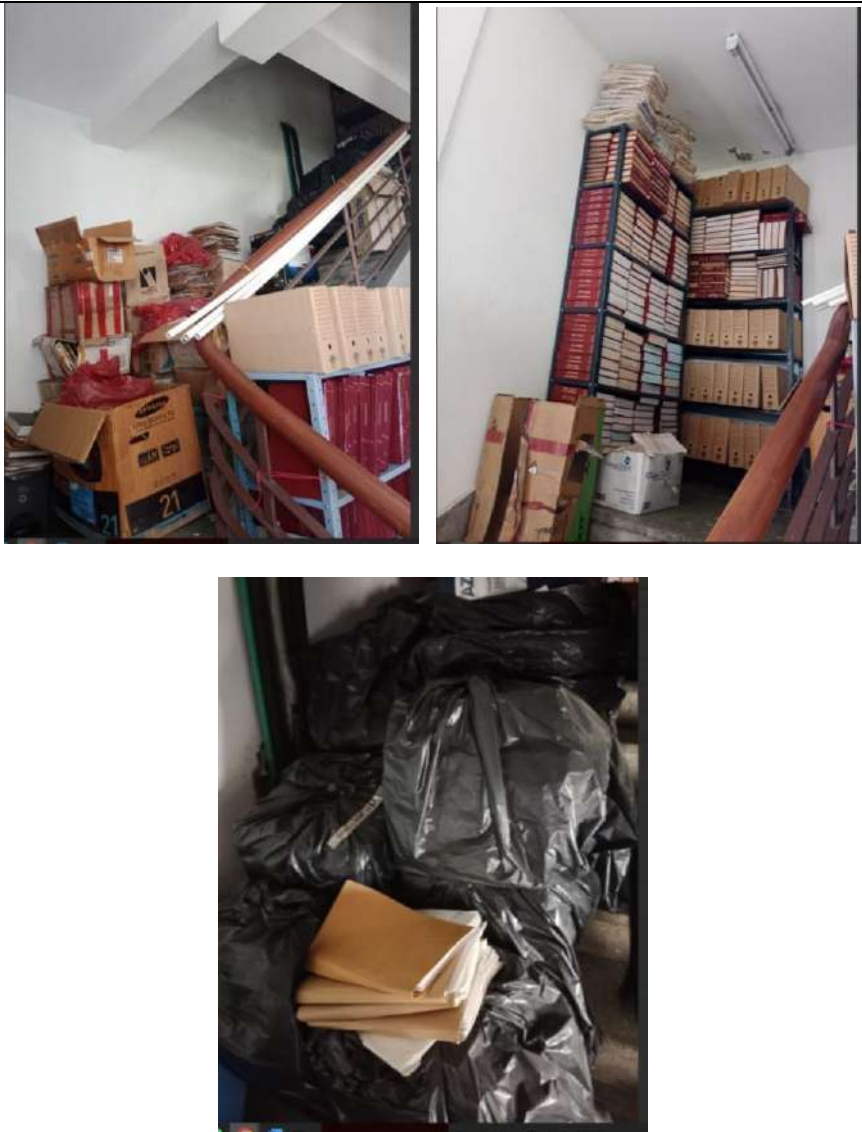
Fuente de Criterio	Criterio
Ley 09 de 1979	Artículos 108 y 109
Ley 594 de 2000	Artículos 11 y 12
Acuerdo 42 de 2002 Archivo General de la Nación – AGN	Artículo 3.

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ:

Se observó que las condiciones físicas del archivo de gestión e histórico 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.





Así mismo, se evidenciaron documentos sin organizar, libros con informes periciales en cajas y hasta en bolsas negras, sin ser clara su identificación y clasificación.

CÓMO:

En visita realizada a la sede del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses en la ciudad de Cúcuta los días 24, 25 y 26 de septiembre del presente año, durante el recorrido fue verificado por el grupo auditor el archivo de gestión e histórico 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, 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:

Puede generarse un riesgo de eficiencia y oportunidad en la tenencia documental y posible desactualización en la información, además de un riesgo latente de pérdida de documentos, propios de los procesos judiciales.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses cuenta con un procedimiento relacionado con la Gestión documental DG-A-P-012, implementado en sus unidades organizacionales, y la Dirección Seccional Norte de Santander ha venido adelantando las acciones correspondientes a la gestión documental. Para la custodia de los archivos, también se cuenta con el instructivo DG-M-I-115, para control de acceso a las áreas restringidas, el cual se aplica para la consulta de los archivos de gestión de la Regional Nororiente.

Dado que la mayoría de los documentos trasladados desde la sede de Corral de Piedra al Palacio Nacional, corresponden a archivo administrativo que se encontraba en proceso de depuración y expurgo.

Los archivos de informes forenses se hallan en libros y en unidades de conservación, los cuales se organizaron en el archivador rodante y en estantería fija. (Se anexan fotografías del estado actual del archivo). Esta área cuenta con aire acondicionado, sistema de iluminación y ventilación natural. Anexo carpeta Seccional Norte de Santander.

ANÁLISIS DE LA RESPUESTA:

Conforme a lo descrito por la entidad, se evidencia que la entidad conserva una reglamentación interna que comprende los preceptos legales en materia de archivo documental y expone que la mayoría de los documentos corresponden a los trasladados desde la sede de Corral de Piedra al Palacio Nacional y corresponden a archivo administrativo que se encontraba en proceso de depuración y expurgo. No obstante, es necesario que este procedimiento se realice de forma adecuada en todas las regionales, por parte de los funcionarios a cargo de esta materia que no subsista 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 39. Espacio y manejo almacén en Cúcuta.

COH_8012_2024-2-AU-CU: Espacio y manejo almacén 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
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:

Se observó que las condiciones físicas del almacén de insumos de la Seccional Norte de Santander no son las adecuadas para la custodia de los elementos, teniendo en cuenta las condiciones de preservación, control de los mismos y características climáticas de la zona, por temas de humedad y ventilación.



Así mismo, se evidenció el poco espacio para el almacenamiento, presentando aglomeración de elementos, tan así, que la herramienta para levantar los cuerpos se encuentra en el auditorio debido a que no cabe en la morgue ni en el almacén.
CÓMO: En visita realizada a la sede del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses en la ciudad de Cúcuta los días 24, 25 y 26 de septiembre del presente año, durante el recorrido fue verificado por el grupo auditor el almacén de insumos y control de los mismos.
CAUSA: La situación descrita, se presenta por deficiencias en la custodia, preservación y control de insumos recibidos por parte de la regional y entrega a las unidades, 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: Puede generarse un riesgo de eficiencia y oportunidad en la tenencia de insumos y posible riesgo de pérdida de los mismos.
RESPUESTA DE LA ENTIDAD: <i>Es necesario aclarar que en la sede del Palacio Nacional no se tiene almacén, lo que se organizó fue una bodega transitoria, con el fin de controlar los insumos y elementos de protección personal que se reciben de acuerdo con los pedidos bimensuales que envía el almacén de la Regional, con sede en Bucaramanga.</i> <i>Precisamente, para el día de la visita estaba llegando el pedido de la regional, por lo que se estaban organizando los insumos en esta bodega (Se anexa soporte de recibido del pedido). Esto es necesario, dado que no existe en la morgue un espacio suficiente para almacenar todos estos insumos, y la entrega global impediría el control sobre el uso de estos.</i> <i>Para la labor de control se designó una funcionaria quien lleva los datos de entrega y controla el acceso a esta área. A la fecha, la bodega transitoria se encuentra debidamente organizada, según los insumos recibidos. Anexos carpeta Seccional Norte de Santander.</i> <i>Con referencia al elevador de cadáveres, cuyo uso se restringió por el reducido espacio que tiene la morgue del Cementerio Central, área en la cual continuaremos realizando las necropsias forenses, se determinó su traslado a la Unidad Básica García Rovira, Málaga, sede con necesidad del equipo y disponibilidad del espacio para su uso y cuidado. Anexos carpeta Seccional Norte de Santander.</i>
ANÁLISIS DE LA RESPUESTA: Conforme a la respuesta otorgada por el Instituto, la entidad aclara que en la sede del Palacio Nacional no se cuenta con almacén, indicando que lo que se organizó fue una bodega transitoria con el fin de controlar los insumos y elementos de protección personal; sin embargo, la situación observada corresponde a la organización de los insumos y la aglomeración de estos en el lugar dispuesto para su tenencia. Así mismo, respecto del control de los insumos se hace necesario conciliar la información de la regional ubicada en Bucaramanga con la Seccional. Lo anterior, teniendo en cuenta que, durante el recorrido por el grupo auditor, no se observa el espacio suficiente para su almacenamiento, toda vez que, se encuentran muy expuestos y sin la organización correspondiente, generándose un riesgo de deterioro y/o pérdida. Así las cosas, esta observación se confirma como hallazgo administrativo.

HALLAZGO 40. Recepción y cadena de custodia de cadáveres Cúcuta.

COH_8015_2024-2-AU-CU: Recepción y cadena de custodia de cadáveres 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.	1.1 Objetivo general 7. ALMACENES DE EVIDENCIAS
GUÍA DE PROCEDIMIENTOS PARA LA REALIZACIÓN DE NECROPSIAS MEDICOLEGALES Segunda edición.	Componente N° 2 CADENA DE CUSTODIA

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ:

En la Morgue de la ciudad de Cúcuta se corroboró que en las horas de la noche, específicamente los fines de semana, no hay funcionarios que se ocupen de la recepción de cadáveres para procesos de necropsia, recibéndolos el personal de vigilancia de turno, el cual no es idóneo para garantizar el sistema de cadena de custodia, teniendo en cuenta que debe verificar aspectos como el embalaje del cadáver y demás condiciones documentales, para los que un personal de seguridad no se encuentra capacitado, a pesar de ser manifestado por el personal que atendió la diligencia que los guardas de seguridad tienen un entrenamiento previo al respecto.



Producto de la recepción de cadáveres por parte de las personas de seguridad, depositan los documentos que soportan el proceso y se deposita en una urna metálica ubicada en la entrada de la morgue.

CÓMO:

Revisando lo concerniente a los procedimientos llevados a cabo en la Dirección Seccional de Norte de Santander del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, respecto del sistema de cadena de custodia y lo observado por el grupo auditor durante el recorrido realizado a las instalaciones de la morgue en Cúcuta los días 24, 25 y 26 de septiembre del año en curso.

CAUSA:

Esta situación se presenta por malas prácticas institucionales y falta de asignación del personal idóneo en turnos nocturnos de fines de semana para el almacenamiento de los occisos.

EFFECTO:

Lo anterior, afecta la efectividad en la prestación del servicio, pérdida de materiales probatorios por demoras en la recepción, riesgos de calidad, oportunidad y garantía del proceso de necropsia.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

De acuerdo con el artículo 255 de la Ley 906 de 2004 (Código de procedimiento penal), se establece la responsabilidad: "la aplicación de la cadena de custodia es responsabilidad de los servidores públicos que entren en contacto con los elementos materiales probatorios y evidencias Físicas. Los particulares que por razón de su trabajo o por el cumplimiento de las funciones propias de su cargo, en especial de los servicios de salud que entren en contacto con los elementos materiales probatorios y evidencia física, son responsables por su recolección, preservación y entrega a la autoridad competente.". En este sentido, el personal de vigilancia está facultado legalmente, y la institución lo ha entrenado, para recibir en horario nocturno los cuerpos, aclarando que no realizan manipulación de la evidencia. Es decir, solo actúan como custodios y no adelantan actividades propias del proceso forense, por lo que no existe incumplimiento y se garantiza la trazabilidad y custodia de los cadáveres.

El personal de vigilancia que labora en la morgue de la Unidad Básica Cúcuta recibe instrucción sobre el Sistema de Cadena de Custodia y el Código de Procedimiento Penal por parte del Nivel Central y la Regional.

Por otro lado, el manual de Cadena de Custodia (numeral objetivos - 10.1.1) permite que personas particulares participen en el traspaso de custodia (registro de cadena de custodia), sin recibir ninguna otra evidencia diferente al cadáver. Anexos carpeta seccional Norte de Santander.

ANÁLISIS DE LA RESPUESTA:

Teniendo en cuenta la respuesta otorgada por el Instituto, el mismo indica que la norma aparentemente autoriza a los particulares que entren en contacto con elementos materiales de prueba, involucrarse en el sistema de cadena de custodia; sin embargo, la entidad manifiesta que el personal de vigilancia recibe instrucción sobre el tema, para lo cual no se encontró soporte alguno, como un acuerdo contractual con la empresa de vigilancia, para esta situación.

Teniendo en cuenta lo expuesto, no desvirtúa lo reprochado en la observación y las razones expuestas no son suficientes para justificar el riesgo de manipulación de los EMP.

Por consiguiente, esta observación se confirma como hallazgo administrativo.

-HALLAZGO 41. Congelador vertical en laboratorio de Biología de Cúcuta.

COH_8016_2024-2-AU-CU: Congelador vertical en laboratorio de Biología de Cúcuta.

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 Numerales 5, 22 y 23

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ:

El grupo auditor evidenció un congelador vertical fuera de servicio, el cual fue adquirido a finales del año 2022 mediante contrato No. 033-DRNR-2022 y que se encontró en funcionamiento por un corto lapso de tiempo; situación corroborada por el personal que atendió la diligencia, quienes indicaron las gestiones adelantadas para la reclamación.



Sin embargo, van 2 años que no se ha avanzado en el proceso y el equipo no se ha utilizado para los fines que fue adquirido, afectando la capacidad de remanentes de muestras del laboratorio de Biología.

CÓMO:

Durante la visita técnica realizada a las instalaciones de la sede administrativa de Medicina Legal y Ciencias Forenses ubicada en la ciudad de Cúcuta los días 24, 25 y 26 de septiembre del año en curso, se observó un congelador fuera de servicio para las actividades propias del laboratorio.

CAUSA:

Esta situación se produce por falta de coordinación entre el nivel central del Instituto y las diferentes Direcciones regionales y seccionales, respecto a la atención de las necesidades que requieren los centros forenses y 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, afecta la efectividad en la prestación del servicio, posible pérdida y/o daño de materiales probatorios, riesgos de calidad, oportunidad y garantía de las actividades del laboratorio.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

Para contextualizar la respuesta es necesario anotar que el congelador marca INDUCOSTA, adquirido en diciembre de 2022, mediante contrato No. 033-DRNR-2022, fue entregado en la sede de Cúcuta el 2022-12-26. Si bien ha presentado fallas, estas han sido resueltas a través de la garantía del contratista. El último reporte de daño del congelador fue en 2024-05-27, lo que indica que realmente el equipo tiene solo 4 meses fuera de servicio, y no los 2 años referidos. A la fecha la nevera se encuentra funcionando en óptimas condiciones. Anexos carpeta Seccional norte de Santander.

ANÁLISIS DE LA RESPUESTA:

Conforme a la respuesta de la entidad aduce que el congelador marca INDUCOSTA, adquirido en diciembre de 2022, mediante contrato No. 033-DRNR-2022, fue entregado en la sede de Cúcuta el 2022-12-26. Si bien ha presentado fallas, estas han sido resueltas a través de la garantía del contratista. El último reporte de daño del congelador fue el 2024-05-27, lo que indica que el equipo tiene 4 meses fuera de servicio, y no los 2 años referidos. Informa además que la nevera se encuentra funcionando en óptimas condiciones.

No obstante, en el momento de la visita técnica de la CGR, se corroboró que este congelador se encontraba fuera de servicio y que ha presentado diferentes fallas en su funcionamiento desde el momento de su compra, sin poder prestar su servicio continuo y la finalidad para la que fue adquirido.

Teniendo en cuenta lo expuesto, no desvirtúa lo reprochado en la observación debido a que la certificación remitida tiene fecha de 24 de octubre y no se tiene certeza de su

funcionamiento continuo, como en ocasiones anteriores, en un equipo hace poco adquirido.

Por consiguiente, esta observación se confirma como hallazgo administrativo con incidencia disciplinaria.

HALLAZGO 42. Manejo de evidencias en la morgue de Cúcuta.

COH_8014_2024-2-AU-CU: Manejo de evidencias en la morgue 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	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 a la intemperie, sin contar con las condiciones de garantía y seguridad para su almacenamiento y/o custodia.



CÓMO:

En visita realizada a la morgue del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses en la ciudad de Cúcuta los días 24, 25 y 26 de septiembre del presente año y que se encuentra en comodato con la alcaldía, 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 con papel kraf.

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:

La presente observación hace referencia a las prendas que se dejan colgadas, separadas con papel Kraft, en un dispositivo colocado dentro del área de la morgue, para su secado y posterior embalaje y traslado al área de laboratorio de balística de la sede del Palacio Nacional. El perito responsable del caso hace entrega, con cadena de custodia, al asistente forense responsable del embalaje y traslado, quien continúa con los procedimientos de Cadena de Custodia.

Todos los elementos materiales de prueba o evidencias físicas recuperadas de los cuerpos, excepto las prendas, son almacenados, transitoriamente, en la nevera dispuesta para ello, en la misma morgue, mientras son embalados y enviados a los respectivos laboratorios, guardando, de manera estricta, la respectiva Cadena de Custodia.

Estas actividades corresponden a los procedimientos establecidos para el secado de prendas, previo al embalaje y rotulación, como se establece en el Manual de Cadena de Custodia. (Se anexa soporte) Anexo carpeta Seccional norte de Santander. Anexos carpeta seccional Norte de Santander

ANÁLISIS DE LA RESPUESTA:

Analizando la respuesta presentada por la entidad, esta informa que todos los elementos materiales de prueba o evidencias físicas recuperadas de los cuerpos excepto las prendas, son almacenadas transitoriamente en la nevera dispuesta para ello, 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.

-HALLAZGO 43. Construcción Sede administrativa seccional de Cúcuta.

COH_8155_2024-2-AU-CU: Construcción Sede administrativa seccional de Cúcuta.

INCIDENCIAS:

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

¿Cuál?

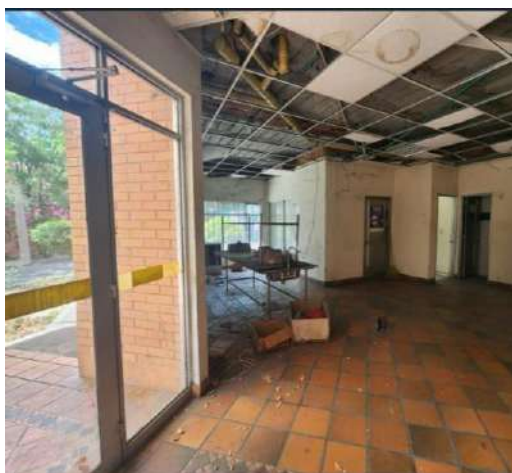
CRITERIOS:

Fuente de Criterio	Criterio
Ley 09 de 1979	Artículo 108 y 109.
Ley 1474 de 2011	Artículo 87. Maduración de proyectos.
Ley 938 2004	Artículo 36 Numerales 1 y Artículo 40 Num. 5.
Ley 610 de 2000	Artículos 3 y 6.
Ley 1952 de 2019	Artículo 38 Numerales 5, 22 y 23

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ:

El grupo auditor evidenció que, para el año 2006 se dio por terminada la construcción de la infraestructura de la sede en Cúcuta bajo el contrato 061-SAF-2006, con el propósito de efectuar las actividades de patología y ciencias forenses de balística y biología, sin embargo, en el año 2018 se hizo la evacuación completa del personal, de acuerdo al informe PY-245-RES EJEC-LEGAL CÚCUTA – VB0 en septiembre de 2015, del contrato de consultoría N° 232-SG-2015 el cual concluyó lo siguiente:



“(...)

ESTUDIO DE SUELOS.

(...)

- *Con base en los trabajos de campo y la totalidad de análisis efectuados, se tiene que la cimentación actual se encuentra trabajando por debajo de los rangos de seguridad para las cargas existentes. Por lo que se hace necesario reforzar la cimentación. Teniendo en cuenta que la estructura fue construida hace 12 años, ya se han desarrollado la mayor parte de los asentamientos por consolidación.*

(...)



ESTUDIO DE PATOLOGÍA.

(...)

- Las patologías estructurales demuestran problemas en consideración en la edificación.
- Se encontraron problemas en los elementos no estructurales como es el caso de muros de mampostería, columnetas, muros de cerramiento, dinteles de ventanería.
- En la mayoría de la edificación se encontró fisuras superficiales correspondientes a la falta de una junta de dilatación o a una junta de dilatación con un material apropiado para la misma.
- En los andenes exteriores se observó agrietamientos, la posible causa del agrietamiento de la losa es la mala compactación del material granular o un asentamiento del edificio que causa el arrastre del andén generado el agrietamiento.

(...)

- La posible causa de los agrietamientos presentados es un asentamiento diferencial de la edificación y una baja capacidad de la estructura para absorber esas deformaciones.

(...)

ESTUDIO DE VULNERABILIDAD.

(...)

- Según lo contemplado en el Reglamento NSR-10, la ciudad de Cúcuta se ubica en una zona de amenaza sísmica alta, la configuración estructural encontrada en la estructura fue de pórticos resistentes a momentos en concreto, según la tabla A,3-3 de la NSR-10, para la estructura, se debió usar un sistema de resistencia sísmica con capacidad especial de disipación de energía (DES), la cual NO fue empleada, para la zona de amenaza sísmica no se permite el uso de capacidad moderada de energía (DMO) la cual fue empleada en el diseño estructural.

(...)

- El sistema de vigas planteado en las vigas de cubierta no es el más idóneo dado que no representa continuidad o amarre de todos los elementos estructurales.
- En el estudio de vulnerabilidad sísmica de la estructura, se contempló la realización de un modelo matemático para la evaluación basada en la norma sísmo resistente NSR-10, se concluye que la estructura No cumple con el requisito de índice de flexibilidad (derivadas) y los índices de sobre-esfuerzos que se encuentran contemplados por el Reglamento Colombiano de Construcción Sismo Resistente- NSR10.
- El límite máximo de deriva es un índice 1.00 que corresponde al 1% de deriva con respecto a la altura de piso, se encontró un índice máximo de derivas en el eje "X" de 4.26 y un índice máximo de derivas en el eje "y" de 4.72, lo cual indica que la estructura No cumple con la rigidez necesaria según las solicitaciones sísmicas. En el estudio se estableció que la vulnerabilidad por resistencia de la estructura posee índices de sobre esfuerzos máximos en vigas de 17.82 e índices de sobre esfuerzos máximos en columnas de 18.6, los índices de vulnerabilidad indican que la edificación es susceptible a daños considerables en el caso que se presente un evento sísmico.
- En el estudio se estableció que la estructura no tiene la cimentación adecuada para las solicitaciones generadas por las cargas actuantes, la principal causa posibles es que los planos estructurales se encontraba especificado un ciclópeo para alcanzar la profundidad de cimentación de 2.0m, sin embargo en los apiques realizados no se encontró dichas especificaciones y la cimentación se encuentra a una profundidad de 1,50. El nivel del estrato al que está cimentado es una de las causales de los asentamientos presentados.

(...)

ESTUDIO DE REFORZAMIENTO.

(...)

En el estudio de reforzamiento se estableció dos alternativas para reforzar la estructura.

La primera alternativa propuesta se crea un sistema de pórticos resistentes a momento DES donde se requiere recalzar la totalidad de columnas y vigas existentes, así como la creación de elementos nuevos (vigas) con el fin de dar cumplimiento a los requisitos de la NSR-10 respecto a dimensiones mínimas, índices de flexibilidad e índices de sobre esfuerzo. La segunda alternativa propuesta es la creación de un sistema estructural combinado con muros de 20 centímetros de espesor y el recalce de los elementos existentes que no estén cumpliendo los requisitos de la NSR-10. En las dos alternativas se reforzará la cimentación existente de forma que cumpla con las recomendaciones del estudio de suelos realizados.

Otra de las alternativas analizadas fue el uso de un sistema de pórticos arriostrados concéntricamente con diagonales metálicas, sin embargo la ausencia de un sistema aporticado que cumpliera con la normativa vigente implicó que esta alternativa fuera descartada desde un inicio. (...)"

Por lo anteriormente manifestado, se afirma que desde sus inicios el contrato 061-SAF-2006, presentó incumplimientos de estudios y diseños técnicos y de calidad temas de carácter previsible, por lo que como consecuencia se tuvo una estructura insostenible e inutilizable, hecho ratificado en el contrato de consultoría de 2015.

Otro hecho reproachable fue el incumplimiento evidenciado en la visita realizada, en lo que corresponde al avance de las actividades de: “*Demolición, Construcción y Dotación Sede Medicina Legal Regional Nororiente- Cúcuta del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias forenses-Fase I*”. del contrato No.185-SG-2023, suscrito entre el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses – INMLCF y la FINANCIERA DE DESARROLLO TERRITORIAL S.A. – FINDETER, el cual comprende como 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.*” Por un valor de \$2.211.949.657,55 a un plazo de 9 meses con fecha de inicio del 11 de enero de 2024. A la fecha el contrato ya se encuentra pagado, pero no se presenta avance alguno.

Vale la pena indicar que, a pesar de existir varios contratos desde el año 2005, a la fecha no ha sido posible la puesta en marcha de la mencionada sede ni subsanada, situación que fue previsible de acuerdo al informe reporta en 2015, relacionados con la situación del suelo e infraestructura.

A continuación, se citan los contratos invertidos en dicha obra una vez se identificó la inviabilidad de la obra determinada en el 2015:

Cuadro 3. Contratos relacionados con la Sede Cúcuta.

N°0066-SG-2022	\$282.092.790
N°0259-SG-2022	\$162.234.438
185-SG-2023	\$2.211.949.657,55

Fuente: Elaboración Equipo Auditor

Por lo anterior se estableció un daño patrimonial por valor de \$2.656.276.885,55 que corresponde a la sumatoria de todos los gastos asociados a la puesta en funcionamiento una vez surtió el informe técnico del año 2015.

CÓMO:

Durante la visita técnica realizada a las instalaciones de la sede administrativa de Medicina Legal y Ciencias Forenses ubicada en la ciudad de Cúcuta los días 24, 25 y 26 de septiembre del año en curso, se observó una Sede sin usar.

CAUSA:

Esta situación se genera por el incumplimiento del contrato 061-SAF-2006, fallas en la planeación y en los estudios técnicos en la determinación de la viabilidad del suelo para operar, debilidades en el seguimiento y supervisión, deficiencias en la custodia y ejecución de recursos y en el resarcimiento de los elementos indispensable para el debido funcionamiento y falta de planeación coordinación entre el nivel central del Instituto y las diferentes Direcciones regionales y seccionales para alcanzar los fines misionales.

EFECTO:

Lo anterior, afecta la prestación del servicio y genera un daño patrimonial por los costos asociados que ha generado la obra que suman un valor total de \$2.656.276.885,55.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

Revisando la respuesta de la entidad, manifiesta que la edificación de la sede Seccional Norte de Santander- Cúcuta se contrató y puso en funcionamiento a partir del año 2006 con la prestación de los servicios misionales de patología, clínica, balística, y biología, así como áreas administrativas y servicios complementarios. Informando también que esta sede prestó sus servicios y funcionó adecuadamente durante más de 10 años.

Igualmente menciona que una vez se evidenciaron las fisuras, se iniciaron los estudios de diagnóstico de vulnerabilidad y en la vigencia 2015, asignando recursos para realizar el concurso de méritos No. 05-GS-2015 cuyo objeto es los ESTUDIOS DE SUELOS, PATOLOGÍA,

VULNERABILIDAD Y DISEÑO DE REFORZAMIENTO ESTRUCTURAL SEDE SECCIONAL NORTE DE SANTANDER- CÚCUTA.

Así mismo refiere que de acuerdo a las afectaciones y el riesgo de funcionamiento en la sede, el Instituto inicia la gestión para la ubicación de sedes alternas y reubicación de los funcionarios de manera gradual; indicando también que se optó la demolición y construcción de una nueva sede, determinándose generar un nuevo proyecto de inversión.

También afirma que ante la necesidad de intervención de la sede en el 2017, el instituto procedió a realizar la solicitud ante el Departamento Nacional de Planeación la inscripción en el banco de programas y proyectos de inversión nacional (BPIN) del proyecto reconstrucción y dotación sede Medicina Legal Regional Nororiente- Cúcuta, asignándose estos recursos inicialmente en el año 2020 y 2021, los cuales no pudieron ser ejecutados debida a la problemática generada por la pandemia COVID-19 y las restricciones normativas.

Adicionalmente menciona que fueron contratados los ESTUDIOS Y DISEÑOS PARA LA RECONSTRUCCION Y DOTACIÓN SEDE MEDICINA LEGAL REGIONAL NORORIENTE- CUCUTA en la vigencia 2022. Contratándose igualmente en el año 2023 la prestación de 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.

En resumen, detalla las acciones que ha realizado el instituto posterior a la falla de estabilidad que tuvo la sede construida para ponerla en funcionamiento nuevamente.

ANÁLISIS DE LA RESPUESTA:

Revisando la respuesta de la entidad, manifiesta que la edificación de la sede Seccional Norte de Santander- Cúcuta se contrató y se puso en funcionamiento a partir del año 2006 con la prestación de los servicios misionales de patología, clínica, balística, y biología, así como áreas administrativas y servicios complementarios. Informando también que esta sede prestó sus servicios y funcionó adecuadamente durante más de 10 años.

Igualmente menciona que una vez se evidenciaron fallas estructurales, se iniciaron los estudios de diagnóstico de vulnerabilidad y en la vigencia 2015, asignando recursos para realizar el concurso de méritos No. 05-GS-2015 cuyo objeto es los ESTUDIOS DE SUELOS, PATOLOGÍA, VULNERABILIDAD Y DISEÑO DE REFORZAMIENTO ESTRUCTURAL SEDE SECCIONAL NORTE DE SANTANDER- CÚCUTA.

Así mismo, refiere que, de acuerdo a las afectaciones y el riesgo de funcionamiento en la sede, el Instituto inicia la gestión para la ubicación de sedes alternas y reubicación de los funcionarios de manera gradual; indicando también que se optó la demolición y construcción de una nueva sede, determinándose generar un nuevo proyecto de inversión.

Finalmente informa cronológicamente las gestiones y negocios jurídicos suscritos para realizar una nueva obra en este predio destinada para el funcionamiento del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses en la ciudad de Cúcuta, Norte de Santander.

Así pues, efectuando un análisis de lo argumentado por la entidad es claro que no se desvirtúa la observación, en el sentido de que no contradice o dilucida la situación puesta en conocimiento por este ente de control, detallando acciones posteriores a la obra contratada entre los años 2003 y 2007 año 2006, a causa de fallas estructurales que presentó la obra y que derivó en la evacuación en el año 2018.

Adicionalmente, a causa de las mencionadas fallas fue contratado el estudio de suelos a través del contrato 232 de 2015 antes citado, para posteriormente contratar nuevos estudios a través de los contratos 066 y 259 de 2022. Por tanto, se constata un hecho generador del daño al patrimonio respecto de la adquisición de consultorías recurrentes que confluyen sobre el mismo terreno objeto de la obra pública.

Igualmente, hasta la fecha no ha sido posible la puesta en marcha de la mencionada sede, permaneciendo en estado de abandono, pagándose el valor total de la obra al contratista FINDETER en el marco del contrato 185 de 2023 sin iniciarse ningún trabajo material. Por tanto, de acuerdo a la información reportada de los contratos se ajustan los hechos en materia de cuantía y se confirma el hallazgo disciplinario con incidencia fiscal por valor total de \$2.656.276.885,55.

17.3. RESULTADOS EN RELACIÓN CON EL OBJETIVO ESPECÍFICO No. 2

OBJETIVO ESPECÍFICO 2
Verificar la aplicación de los permisos y procedimientos y permisos de tipo ambiental, relacionados con los laboratorios, morgues y hornos crematorios.

17.3.1. Componente ambiental

Como resultado del ejercicio auditor, se configuraron 11 hallazgos administrativos relacionados con el presente objetivo específico, de los cuales uno tiene alcance disciplinario, relacionados con los siguientes temas.

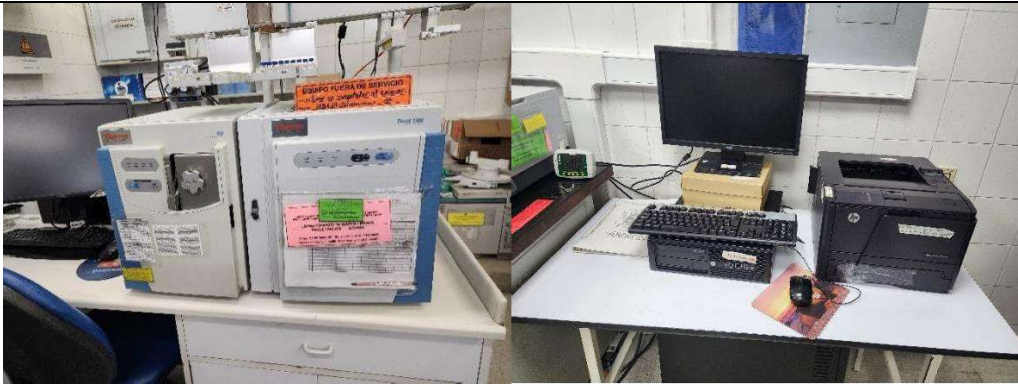
1. En cuanto a la dotación de los laboratorios y morgues a nivel nacional, se determinó debilidades en el trámite de dar de baja los equipos que lo requieran y adelantar su disposición final, para así determinar las necesidades reales y adelantar las adquisiciones de equipos a que haya lugar. Así como 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.
3. Fallas en los sistemas de control de olores en la Sede de Barranquilla.
4. Debilidades en la señalizaciones y convenciones ambientales, de la sede de Bogotá D.C.

-HALLAZGO 44. Equipos de Laboratorios pendientes de baja Bogotá D.C.

COH_7431_2024-2-AU-CU: Equipos de Laboratorios pendientes de baja Bogotá D.C.	
INCIDENCIAS: Administrativa ☒ Fiscal ☐ Disciplinaria ☒ Penal ☐ Beneficio de Auditoría ☐ IP ☐ Otras incidencias ☐ <i>¿Cuál?</i>	
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.
Ley 1952 de 2019	Artículo 38 numeral 1, 5, 22 y 23.

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ: Conforme al recorrido realizado por el equipo Auditor, en los laboratorios de Genética, Toxicología y Estupefacientes se evidenció que algunos equipos tecnológicos se encuentran fuera de servicio y operación; indagado 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 cromatógrafo de gases – masas Trace 1300 ISQ – ISO/RSH; adicionalmente, tampoco han sido recogidos por el área correspondiente.



CÓMO:

En visita técnica realizada a los diferentes laboratorios del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses los días 14 y 15 de agosto del 2024 y ubicados en la ciudad de Bogotá D.C., durante el recorrido del grupo auditor por las instalaciones de los laboratorios de Genética, Toxicología y Estupefacientes, observó varios equipos fuera de servicio.

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:

Puede causar que los inventarios estén ocupando espacios físicos, sin realizar gestiones tendientes a darlos de baja e impactando la celeridad en los procesos y destinación final de los bienes, además de que los inventarios no reflejan la realidad de los bienes en uso o en bodega. De igual forma, se genera riesgo ambiental y sanitario por inadecuada disposición de RAEE.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

Durante el uso normal de equipos se pueden presentar dos situaciones que, están documentadas en el procedimiento institucional definido para el manejo de equipos:

EQUIPO APTO: Equipo que cumple con las especificaciones requeridas para ser usado.

EQUIPO NO APTO PARA EL USO: Equipo que presenta algún tipo de novedad que no permite que este sea utilizado por el usuario.

Los equipos no aptos para el uso pueden estar bajo esta condición, porque están pendientes de que se les realice algún tipo de mantenimiento preventivo o correctivo o porque están en proceso de disposición final por obsolescencia. Se aclara, que los equipos que están identificados como “No aptos para el uso” no necesariamente son equipos para dar de baja o que están en un estado irreparable.

Con el fin de garantizar que los servicios de patología y laboratorios forenses cuenten con equipos aptos para el uso, el Instituto tiene documentado el procedimiento “Administración de equipos de los laboratorios del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses”, código DG-A-P-21, el cual establece lo siguiente:

- *Identificación de la detección de las necesidades de adquisición*
- *Entrega y puesta en funcionamiento de los equipos*
- *Responsabilidades de los usuarios en cuanto a la definición del programa de mantenimiento, calibración y verificación de equipos.*
- *Solicitudes de mantenimiento y calibración*
- *Concepto técnico y trámite de bajas de equipos*

Cada laboratorio u organismo de inspección cuenta con un listado maestro de equipos lo cual facilita su control. Así mismo, están disponibles las hojas de vida de los equipos que se utiliza en la ejecución de los análisis, y allí reposan los registros de las actividades de mantenimiento, calibración y verificación correspondientes.

Todos los equipos cuentan con un número de identificación único, a través de la placa de inventario que facilita su ubicación y trazabilidad.

El personal que de manera rutinaria maneja los equipos, cuenta con la competencia requerida para ello y se encuentra autorizado en la matriz de autorizaciones disponible en cada área.

Durante el normal desarrollo de la prestación de servicios de las áreas, los equipos requieren que se les realice mantenimientos preventivos y correctivos, lo cual implica que se realicen intervenciones por parte del Grupo Nacional de Gestión de Servicios Técnicos Especializados y Medio Ambiente o por proveedores de mantenimiento. Estas actividades tienen diferentes tiempos de respuesta, que pueden variar dependiendo del tipo de reporte y la disponibilidad de repuestos que se requiera para realizar el mantenimiento, en algunos casos se requiere realizar la importación de repuestos, actividad que puede tomar como mínimo un tiempo de noventa días. Con el fin de evitar traumatismos en la prestación de los servicios, la entidad ha definido directrices de respaldo tecnológico en las cuales, teniendo en cuenta el tipo de técnica, institucionalmente se ha definido cuales son los laboratorios que se pueden apoyar y cuáles son los procedimientos que se deben seguir en caso de daños prolongados de los equipos para mantener la prestación institucional del servicio. Se adjuntan directrices de respaldo tecnológico.

Con respecto a la renovación tecnológica de equipos, la entidad realiza esta actividad teniendo en cuenta la disponibilidad de recursos asignados, la disponibilidad del respectivo concepto de obsolescencia descrito en el procedimiento DG-A-P-021 y la priorización definida en el indicador de renovación tecnológica establecido para las vigencias 2023 a 2026. Bajo este contexto se aclara que, si bien se realiza la planificación para garantizar la renovación, esta solo es posible si se cuenta con los recursos destinados para tal fin y dado el costo y la especificidad de los equipos que se requieren, la entidad tiene una planeación estructurada para ejecutarse en un ciclo de tres años. Anualmente, la entidad proyecta los recursos en su presupuesto, con base en sus necesidades, que incluye la renovación de equipos; no obstante, debe ajustar su plan de adquisiciones, con base en la asignación real de recursos que se realiza en el presupuesto general de la Nación.

Por otro lado, se indica que la entidad realiza controles y seguimiento a los procedimientos documentados para el manejo de equipos; como soporte de ello se tienen evaluaciones de acreditación, auditorías internas y actividades de control de los supervisores de contratos de mantenimiento y adquisición de equipos, seguimiento a los programas de mantenimiento y calibración, etc. Los equipos que están identificados como “No aptos para el uso” están bajo control de la entidad y están identificados con número de inventario; en caso de que sea necesario iniciar un proceso de baja por obsolescencia, este aspecto se controla y queda debidamente documentado en el inventario de cada área con las correspondientes actualizaciones. Se aclara que, los procesos de mantenimiento o de baja de un equipo no generan ningún tipo de riesgo ambiental ni sanitario, ya que los equipos se identifican y se separan para prevenir su uso o evitar cualquier tipo de peligro por manipulación inadecuada.

Toxicología

El equipo que actualmente se encuentra fuera de uso corresponde a un cromatógrafo de gases con detector FID el cual fue recientemente reemplazado por uno más actualizado, adquirido a finales del 2023 y su operación inició hasta finales de marzo de 2024; posteriormente se implementa la validación del método, se actualiza el procedimiento, y el laboratorio solicita a la ONAC la ampliación de la acreditación del método, en la cual con testificación certifique que el método es apto para el fin previsto. esta visita de verificación fue realizada el 2024-06-20, y una vez surtido los requisitos para el uso del equipo nuevo, se solicita el concepto técnico para dar de baja el equipo obsoleto, luego, una vez recibido el concepto técnico, el laboratorio diligencia el formato de solicitud de baja y se remite al almacén General. Anexo carpeta 1.

Genética

Durante los días 2024-08-14 y 2024-08-15 el Grupo de Genética Forense de la DRBO no tenía equipos para dar de baja, ya se había surtido el trámite por parte del Grupo Nacional de Gestión de Bienes e Inventarios de recoger elementos de baja.

El equipo que estaba fuera de uso para la fecha de la visita, había presentado fallas en su funcionamiento, por lo que se reportó para mantenimiento y estaba pendiente de reemplazo de un repuesto. A la fecha ya está en funcionamiento. Anexo carpeta 1.

Estupefacientes

Se aclara que el equipo cromatógrafo de gases-masas- Trace 1300 ISQ-ISO/RSH, a la fecha se encuentra en periodo de pruebas de funcionamiento después de su reparación, de igual manera, se informa que el instrumento en mención se encuentra con calificación operacional (informe de mantenimiento y calificación

2129 /OQ-20240405-AT de 2024- 04-05) apto para su uso, conforme al contrato No. 052-SG-2024. Anexo carpeta 1

Es importante resaltar que este no es un equipo que esté obsoleto, sino que requirió una CPU para la instalación del software que controla su funcionamiento, actividad que ya se realizó.

La entidad cuenta con disposiciones normativas como la Resolución 200 del 27 de marzo de 2023, mediante la cual se crea el Comité de Bajas de Bienes en el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Resolución 429 del 10 de julio de 2023, por la cual se actualizan las políticas contables y de operación financiera en el marco técnico normativo de la Resolución 533 de 2015 de la Contaduría General de la Nación y sus modificatorios; adicionalmente, ha implementado controles, a través de procedimientos administrativos como el DG-A-P-019 Gestión, Control y Custodia de los elementos en Bodega, en el cual se exponen los trámites para dar de baja los elementos devolutivos.

Los grupos de la Dirección Regional Bogotá realizan verificaciones cuatrimestrales de inventarios con el ánimo de llevar un control, realizando un seguimiento permanente, específicamente en lo relacionado a las solicitudes de baja gestionadas por las diferentes unidades organizacionales, procurando la legalización de los bienes que conforman el inventario de la entidad.

En cuanto a la disposición final de los residuos de aparatos eléctricos y electrónicos, la entidad participa en las jornadas de reciclación realizadas por la Secretaría Distrital de Ambiente o en su defecto, cuenta con contrato para la recolección, transporte y disposición final y tratamiento de residuos peligrosos (contrato 282-SG-2022, vigente hasta junio de 2026) dentro de los cuales se incluyen los residuos de aparatos eléctricos y electrónicos. Por lo anterior, no hay riesgo ambiental ni sanitario, porque existe una adecuada disposición final de los residuos en cuestión.

A continuación, se relaciona la imagen del contrato No. 282/2022 referida a las cantidades previstas para disposición ambientalmente segura, de equipos electrónicos.

✓ LOTE 2: DIRECCIÓN REGIONAL BOGOTÁ

ÍTEM	DESCRIPCIÓN TÉCNICA	UNIDAD DE MEDIDA	2.022	2.023	2.024	2.025	2026
1	RESIDUOS INFECCIOSOS Y DE RIESGO BIOLÓGICOS						
1.1	Biosanitarios	KG	0	14.145	15.750	15.993	11.086
1.2	Anatomopatológicos	KG	0	1.300	1.344	1.227	740
1.3	Cortopunzantes	KG	0	250	255	400	99
2	RESIDUOS QUÍMICOS Y/O RESIDUOS DE CARACTERÍSTICAS DIFERENTES A LAS INFECCIOSAS						
2.1	RAEES (Residuos de aparatos eléctricos y electrónicos)	KG	1.250	647	670	695	359
2.2	Lodos PTAR	KG	8.000	11.800	10.000	11.209	4.654
Aceite usado y líquidos contaminados con							

ANÁLISIS DE RESPUESTA:

Conforme a 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 equipos aptos para dicho procedimiento, ni se han realizado las reparaciones de los que aún están para continuar prestando el servicio.

No obstante, para el caso de los equipos que fueron observados por el grupo auditor, los mismos llevan varios meses sin funcionar, aún identificada la necesidad para la puesta en funcionamiento o pendiente de los requisitos para adelantar las gestiones correspondientes, generando una desactualización de la información reportada al almacén. Si bien es cierto, se cuenta con respaldo tecnológico de los otros laboratorios, también lo es el tiempo prolongado que llevan los equipos para definir su situación y que se encuentran ubicados en la parte operativa del laboratorio y no debidamente retirados, generando riesgos de accidente y daños adicionales a las máquinas que esperan repuestos.

Teniendo en cuenta lo expuesto, no se evidencian las acciones suficientes y efectivas para dar de baja los equipos que lo requieren, debido al tiempo prolongado que duran en las instalaciones operativas de cada laboratorio, toda vez que no se cuentan con los requisitos necesarios como son los conceptos técnicos pertinentes; 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.

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 45. Señalizaciones y convenciones ambientales, de la sede de Bogotá D.C.

COH_7436_2024-2-AU-CU: Señalizaciones y convenciones ambientales, de la sede de Bogotá D.C.

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 Morgue y a los diferentes laboratorios ubicados en la ciudad de Bogotá D.C. del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses los días 14 y 15 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.



CÓMO:

En visita técnica realizada a la Morgue y a los diferentes laboratorios ubicados en la ciudad de Bogotá D.C. del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses los días 14 y 15 de agosto del año en curso, se constató que existen varias zonas sin señalización.

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.

EFECTO:

Trayendo como consecuencia, desinformación y malas prácticas ambientales por parte de los funcionarios, lo cual genera riesgos ambientales y biológicos que afecta el manejo de desechos y la integridad en la salud del personal que labora en dichos espacios.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

En cumplimiento de la Resolución 1164 de 2002 y la Resolución 591 de 2024, por la cual se adopta el Manual de Procedimientos para la Gestión Integral de los residuos hospitalarios y similares, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses diseñó e implementó el “plan de gestión de residuos peligrosos - Componente Interno”, en el cual se establecen los lineamientos para la segregación de los residuos peligrosos y no peligrosos en la entidad.

La institución actualizó en junio de 2024 el diagnóstico ambiental y sanitario del nivel central, que sirve como base para proponer las acciones correctivas que se deben implementar y dar solución a las deficiencias encontradas en el manejo de los residuos hospitalarios y similares en la sede Bogotá.

Se implementó la Resolución 2184 de 2019 emitida por el Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible “Por la cual se modifica la resolución 668 de 2016 sobre uso racional de bolsas plásticas y se adoptan otras disposiciones”, para la entrega de los residuos no peligrosos conforme al nuevo código de colores, de acuerdo con el Artículo 4 de esta Resolución. Adicionalmente, se realizaron jornadas de sensibilización a los funcionarios sobre el adecuado manejo de los residuos, se anexan los soportes de las actividades realizadas en el último trimestre (julio a septiembre de 2024), orientadas a optimizar la segregación de residuos, evitar la contaminación cruzada con residuos peligrosos y así prevenir la afectación a la salud de los servidores de la entidad. Anexo carpeta 1.

También se ha documentado la gestión integral de residuos, el ahorro de agua, los niveles de eficiencia energética, en el procedimiento DG-A-P-027 Gestión y Control Ambiental. De acuerdo con lo anterior, el Instituto cumple con la normatividad ambiental relacionada con el manejo de residuos, informes anuales a las autoridades ambientales y sanitarias, control de vertimientos, publicidad exterior visual, monitoreo a la calidad del agua. Anexos carpeta 1.

En relación con la implementación de la Norma Técnica ISO14001 el Instituto definió la Política Ambiental en el marco del Sistema Integrado de Gestión, asumiendo el compromiso de mitigar el impacto ambiental derivado de las actividades propias de la entidad y trabaja en la implementación de estrategias de ahorro, consumo eficiente de energía y agua. Para la vigencia 2024, el Plan Operativo Anual del Grupo Regional Administrativo y Financiero están formuladas tres actividades que apuntan al cumplimiento de la ISO 14001.

Adicionalmente, se trabaja en conjunto con las entidades del sector en el Grupo de Responsabilidad Social Ambiental con el desarrollo de varias iniciativas, celebración de fechas ambientales especiales, jornada de reciclación, entre otras.

En cumplimiento de la Resolución 2400 de 1979, se ejecutan visitas de inspección periódicas a las áreas con el fin de verificar entre otras, la señalización de espacios, equipos y emergencias para la correcta y completa información de servidores, visitantes y usuarios. Como acción correctiva se realizó la señalización de las áreas, equipos y recursos identificados en la visita del 2024-08-14 Anexo carpeta 1.

ANÁLISIS DE RESPUESTA:

Conforme a la respuesta otorgada por Medicina Legal, la entidad relaciona y detalla los diferentes actos administrativos relacionados con el cumplimiento de las políticas ambientales internos y del Ministerio de Ambiente, en especial con el manejo de residuos, ahorro de agua y eficiencia energética.

Sin embargo, en la visita por parte del grupo auditor se observó la falta de señalización y demarcación de convenciones ambientales de diferentes zonas que lo requieren, la cual se realizó posterior a la visita y que debe ser verificada en las otras sedes de Medicina Legal.

Teniendo en cuenta lo expuesto, se observa la aplicación de la acción correctiva posterior a la comunicación de la observación, situación que deberá ser verificada y replicada a las

demás sedes.

Por consiguiente, esta observación se confirma como hallazgo administrativo.

HALLAZGO 46. Seguimiento y Control PTAR Bogotá D.C.

COH_7439_2024-2-AU-CU: Seguimiento y Control PTAR Bogotá D.C.

INCIDENCIAS:

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

IP ☐Otras incidencias ☐

¿Cuál?

CRITERIOS:

Fuente de Criterio	Criterio
Constitución política de la República de Colombia	Artículo 79 y 80.
Decreto 3050 de 2013	Artículo 3. Numeral 7.
Decreto 3930 de 2010	Artículo 37,38 y 52.
Resolución 631 de 2015.	Artículo 16 – numeral 9
Gestión ambiental DG-A-CARACT-024 Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses	Realizar el seguimiento de las operaciones de dosificación de químicos y del tratamiento de las aguas residuales, en cada una de las PTAR'S, instalas en las sedes del INMLCF. Realizar seguimiento a las mediciones de los parámetros de control del agua tratada, en cada una de las PTAR'S y demás dispositivos utilizados. Actividad de Verificación: Revisar y analizar los Resultados de monitoreo.

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ:

Se pudo identificar que, no se está vigilando la dosificación ni está siendo monitoreada de acuerdo a las variables de las actividades de la morgue, ya que a la fecha de la visita el operario no se encontraba supervisando ni evaluando las operaciones de la Planta, es más, le fue manifestado al equipo auditor que, no iba ese día a las instalaciones, a pesar de que el sistema no es totalmente automatizado por lo que se requiere de la presencia de un operario.

De igual manera, se corroboró que, la descarga del vertimiento no es directa al alcantarillado, lo que podría causar un rebose del vertimiento.



CÓMO:

Durante la visita técnica realizada a la Morgue y a los diferentes laboratorios ubicados en la ciudad de Bogotá D.C. del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses los días 14 y 15 de agosto del año en curso, se observó que la persona no se encontraba supervisando la PTAR y debilidades en la descarga del vertimiento.

CAUSA:

Las anteriores deficiencias, se presentan por falta de seguimiento, control y gestión en la comunicación de las posibles situaciones que perjudiquen la operación de la PTAR, y fallas en la supervisión de los impactos ambientales en el Plan de Cumplimiento, así como debilidades en los términos, condiciones, obligaciones o exigencias inherentes a ella y establecidos en la ley, en los reglamentos o en el mismo acto de otorgamiento de permiso, que también son susceptibles de modificación.

EFEECTO:

Así las cosas, podría ocasionar que, la Entidad esté inmersa en sanciones pecuniarias impuestas por la Autoridad ambiental y conducir a procesos fiscales y/o penales, causando un impacto ambiental más grave o que de cualquier otro modo deteriore los recursos naturales, conductas tipificadas en el derecho penal de conformidad con la Ley 599 de 2000 modificado por la Ley 2111 del 2021, artículos 328 y 333.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

La planta de tratamiento de aguas residuales es un sistema diseñado y construido para operar de forma semiautomática, es decir los equipos que la conforman operan de forma segura por sensores de nivel o programados electrónicamente desde el tablero central, y no depende para su funcionamiento del acompañamiento permanente de un servidor, de acuerdo con lo establecido en el manual de diseño y construcción de la PTAR. Anexo carpeta 1 - MANUAL DE DISEÑO Y CONSTRUCCION PTAR BOGOTÁ).

Así mismo, a todos los equipos se les realiza mantenimiento periódico, donde se inspecciona; funcionamiento de las bombas sumergibles, revisión de las unidades para el retiro de sólidos y grasas para evitar la saturación, se hace la verificación general enfocada en la revisión del tablero eléctrico - control de mandos y la dosificación de insumos químicos y se lleva registro de las actividades en los formatos disponibles según el procedimiento interno DG-A-P-088- operación y mantenimiento de las plantas de tratamiento de aguas residuales. Anexo- carpeta 1 REGISTRO ACTIVIDADES PTAR 2024).

Para la aplicación de los insumos químicos se cuenta con (3) tanques de dosificación con una capacidad de 200 litros de producto para cada uno y cuyo insumo se aplica por tres bombas dosificadoras que funcionan de forma semiautomática por sensores de nivel que accionan los equipos según la necesidad; estos insumos son suficientes para abastecer de cuatro a seis días de operación continua; el operador revisa de forma aleatoria la aplicación de insumos.

El mantenimiento correctivo de la PTAR se realiza mediante contrato en el sistema de contratación pública- SECOP II; para la presente vigencia se cuenta con la empresa M&P INGENIERIA Y CONSULTORIA S.A.S., contrato 157-SG-2024. Se anexa CLAUSULADO COMPLEMENTARIO AL CONTRATO ELECTRÓNICO 157-SG-2024); Así mismo se adjunta el INFORME MANTENIMIENTO PTAR de la vigencia 2023, el cual fue efectuado por la empresa COMERCIALIZADORA SEVERAL PARTS SAS. Anexo carpeta 1

Como prueba de la correcta operación de la PTAR, se cuenta con los resultados de la caracterización del vertimiento realizada en la vigencia 2023 por los laboratorios acreditados por el IDEAM Hidrolab, Daphnia Ltda y Servicios Geológicos Integrados - SGI SAS, cuyos resultados cumplen con lo exigido en la Resolución 631 de 2015. y la cual fue remitida a la autoridad ambiental mediante oficio 016-DG-2024. Anexo carpeta 1

De igual manera, en las visitas de la Secretaria Distrital de Ambiente de Bogotá, la autoridad ambiental ha evidenciado la correcta operación de la PTAR, ha verificado las instalaciones para la toma de muestras y del punto donde se realiza el vertimiento al alcantarillado, sin presentar incumplimiento alguno, como prueba se anexa el acta de visita para toma de muestras realizada por la autoridad el pasado 28 de junio de 2022. Anexo carpeta 1.

La descarga del agua residual tratada se está realizando al alcantarillado, sin embargo, no es posible hacerlo directamente, dado que para la toma de muestras y/o caracterizaciones del agua tratada es necesario tener acceso al vertimiento, tal como lo estipula el Decreto 3930 de 2010, numeral 25 Artículo 3. Definiciones, en donde se menciona que se debe contar con un “Punto de control del vertimiento. Lugar técnicamente definido y acondicionado para la toma de muestras de las aguas residuales de los usuarios de la autoridad ambiental o de los suscriptores y/o usuarios del prestador del servicio público domiciliario de alcantarillado, localizado entre el sistema de tratamiento y el punto de descarga”.

Con las anteriores acciones el Instituto controla y mitiga los impactos ambientales adversos causados por la generación de las aguas residuales en la prestación de los servicios forenses, previniendo el inicio de investigaciones administrativas de tipo ambiental tipificadas en la Ley 2387 de 2024 y la Ley 2111 de 2021.

Los resultados de los seguimientos de autoridades ambientales y las pruebas realizadas a las aguas tratadas, sumado a los mantenimientos periódicos, demuestran el correcto funcionamiento de la PTAR de manera ininterrumpida, con la operación semiautomática y la presencia intermitente del operador.

ANÁLISIS DE RESPUESTA:

Conforme a la respuesta otorgada por el Instituto, la entidad indica y detalla el cumplimiento, control y mantenimiento de la PTAR, soportado en diferentes informes de las autoridades competentes, sin embargo, según el reproche a lo observado por el grupo auditor, a pesar de tratarse de un mecanismo semiautomático, el riesgo de error humano se encuentra latente, necesitando actividades de verificación, revisión y análisis de los resultados de monitoreo y seguimiento continuo.

Así mismo, en cuanto al vertimiento directo, existe un riesgo de contaminación al caer en el ducto diseñado para ello.

Teniendo en cuenta lo expuesto, las razones no son suficientes ni desvirtúan lo observado por la CGR y se constituye como hallazgo administrativo.

HALLZGOS 47. Seguimiento y Control PTAR Villavicencio.

COH_7502_2024-2-AU-CU: Seguimiento y Control PTAR Villavicencio.

INCIDENCIAS:

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

IP ☐ Otras incidencias ☐

¿Cuál?

CRITERIOS:

Fuente de Criterio	Criterio
Constitución política de la República de Colombia	Artículo 79 y 80.
Gestión ambiental DG-A-CARACT-024	Realizar el seguimiento de las operaciones de dosificación de químicos y del tratamiento de las aguas residuales, en cada una de las PTAR'S, instalas en las sedes del INMLCF.
	Realizar seguimiento a las mediciones de los parámetros de control del agua tratada, en cada una de las PTAR'S y demás dispositivos utilizados.
	Actividad de Verificación: Revisar y analizar los Resultados de monitoreo.

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ:

No se vigila la dosificación ni está siendo monitoreada de acuerdo a las variables de las actividades de la morgue, a la fecha de la visita el operario no se encontraba supervisando ni evaluando las operaciones de la Planta, se observó que la PTAR se encuentra sin mantenimientos debido a la presencia de vectores (cucarachas).



CÓMO:

En visita técnica realizada a la Morgue y a los diferentes laboratorios ubicados en la ciudad de Villavicencio del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses los días 26 y 28 de agosto del año en curso, se observó debilidades en el mantenimiento y la supervisión de la PTAR.

CAUSA:

Las anteriores deficiencias, se presentan por falta de coordinación, supervisión, seguimiento y revisión por parte del Instituto para vigilar los impactos ambientales, así como debilidades en los términos, condiciones, obligaciones o exigencias inherentes a ella y establecidos en la ley, en los reglamentos o en el mismo acto de otorgamiento, que también son susceptibles de modificación.

EFEECTO:

Así las cosas, podría ocasionar que, la Entidad esté inmersa en sanciones pecuniarias impuestas por la Autoridad ambiental y conducir a procesos fiscales y/o penales, causando un impacto ambiental más grave o que de cualquier otro modo deteriore los recursos naturales, conductas tipificadas en el derecho penal de conformidad con la Ley 599 de 2000 modificado por la Ley 2111 del 2021, artículos 328 y 333.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

La entidad realiza la planeación y ejecución del servicio de mantenimiento de la PTAR de acuerdo con el contrato 158-SG-2024, los supervisores del contrato realizan el seguimiento de las obligaciones contractuales, dando cumplimiento con la normatividad ambiental aplicable.

La Planta de Tratamiento de Aguas residuales es un sistema diseñado y construido para operar de forma semiautomática, es decir los equipos que la conforman operan de forma segura por sensores de nivel o programados electrónicamente desde el tablero central, y no depende para su funcionamiento del acompañamiento permanente de acuerdo con lo establecido en el manual de operación del constructor. Anexo carpeta 3 MANUAL DE OPERACIÓN Y FUNCIONAMIENTO.

Así mismo a todos los equipos de la planta de tratamiento se les realiza mantenimiento periódico, donde se inspecciona; funcionamiento de las bombas sumergibles, revisión de las unidades para el retiro de sólidos y grasas para evitar la saturación, se hace la verificación general enfocada en la revisión del tablero eléctrico - control de mandos y la dosificación de insumos químicos y se lleva registro de las actividades en los formatos disponibles según el procedimiento interno DG-A-P088- operación y mantenimiento de las plantas de tratamiento de aguas residuales. Anexo carpeta 3. REGISTRO ACTIVIDADES PTAR 2024).

Para la aplicación de los insumos químicos se cuenta con (2) tanques de dosificación cuyo insumo se aplica por dos bombas dosificadores que funcionan de forma semiautomática por sensores de nivel que accionan los equipos según la necesidad; estos insumos son suficientes para abastecer de tres a cuatro días de operación continua, el operador revisa de forma aleatoria la aplicación de insumos.

El reactor biológico es un sistema cerrado, es decir opera en ausencia de oxígeno, por lo que no cuenta con equipos electromecánicos para su funcionamiento y requiere poco mantenimiento periódico, se realiza descargas de lodos cada vez que se requiera.

El mantenimiento correctivo de la PTAR se realiza mediante contrato en el sistema de contratación pública- SECOP II; para la presente vigencia se cuenta con la empresa COMERCIALIZADORA SEVERAL PARTS SAS, contrato 158-SG-2024. (VER ANEXOCLAUSULADO COMPLEMENTARIO AL CONTRATO ELECTRÓNICO 158-SG-2024); Así mismo se remite anexo a la presente respuesta el INFORME MANTENIMIENTO PTAR.pdf. de la vigencia 2023, como evidencia de mantenimiento al Sistema y el cual fue efectuado por la empresa CONTRUWAPA SAS.

De otra parte, se informa que estos sistemas y sus redes sanitarias de evacuación transportan aguas residuales que están conectadas a los sistemas de alcantarillado municipal, por lo que se puede presentar vectores- cucarachas en las cajas de inspección, los cuales proceden del alcantarillado municipal y no de las redes internas de la sede.

Para el control de plagas y vectores en la sede se cuenta con un programa de fumigación, el cual lo ejecuta empresa autorizada. Anexo carpeta 3.control de plagas.

Con las anteriores acciones el Instituto controla y mitiga los impactos ambientales adversos causados por la generación de las aguas residuales en la prestación de los servicios forenses, previniendo el inicio de investigaciones administrativas de tipo ambiental tipificadas en la Ley 2387 de 2024 y la Ley 2111 de 2021.

Los artículos 328 y 333 de la Ley 2111 del 2021 están relacionados con aprovechamiento ilícito de recursos renovables y daños en recursos naturales, aspectos que no son aplicables a la normatividad de vertimientos y generación de aguas residuales que controla y mitiga el instituto con el tratamiento de aguas residuales través de las PTAR.

ANÁLISIS DE LA RESPUESTA:

La entidad manifiesta que “realiza la planeación y ejecución del servicio de mantenimiento de la PTAR de acuerdo con el contrato 158-SG-2024, los supervisores del contrato realizan el seguimiento de las obligaciones contractuales, dando cumplimiento con la normatividad ambiental aplicable”. Sin embargo, el Instituto conforme al procedimiento interno Gestión ambiental DG-A-CARACT-024 debe realizar “seguimiento de las operaciones de dosificación de químicos y del tratamiento de las aguas residuales, en cada una de las PTAR’S, instalas en las sedes del INMLCF, realizar seguimiento a las mediciones de los parámetros de control del agua tratada, en cada una de las PTAR’S y demás dispositivos utilizados y Actividad de Verificación: Revisar y analizar los Resultados de monitoreo. Y al momento de la visita no se estaba realizando dicha actividad.

Adicionalmente, como indicador de calidad, al momento de la visita el grupo auditor evidenció la presencia de muchos vectores (cucarachas) al momento de la inspección.

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

HALLAZGO 48. Equipo obsoleto en la Morgue de Barranquilla.

COH_7540_2024-2-AU-CU: Equipo obsoleto en la Morgue de Barranquilla.

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 638 de 2009	Capítulo II, Artículo 6
Procedimiento ISOLUCION DG-A-P-021 Versión 13	7.4.14 Actividad No 14

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ:

El grupo auditor observó durante el recorrido en las instalaciones de la morgue, un equipo en avanzado estado de deterioro, fuera de servicio cuyo objeto era el secado de prendas y/u objetos de evidencias dentro de los procesos del Instituto.


CÓMO: En visita técnica realizada al área de patología ubicada en la ciudad de Barranquilla del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses los días 26, 27 y 28 de agosto del año en curso, durante el recorrido al interior de la morgue el grupo auditor observó un bien resguardado y en estado avanzado de deterioro a la entrada de la misma.
CAUSA: Esta situación se presenta por falta de custodia, seguimiento y control por parte del área correspondiente, además de la falta de comunicación y coordinación entre la dependencia y el almacén, ante la necesidad latente de darlo de baja.
EFEECTO: Lo anterior, afecta la capacidad operativa de la morgue, debido a la ocupación inadecuada del espacio con elementos inservibles, generando riesgos para el personal y/o contaminación de los elementos materiales probatorios recepcionados.
RESPUESTA DE LA ENTIDAD: <i>El equipo cabina de secado de prendas que se ubica en la morgue, se encontraba en proceso de baja, pendiente del concepto técnico necesario para la baja, acorde al procedimiento institucional.</i>
ANÁLISIS DE LA RESPUESTA: Analizando la respuesta presentada por la entidad, se informa que el trámite para dar de baja a este bien se encuentra en desarrollo; sin embargo, al momento de la inspección técnica, se evidenció que este equipo conserva un avanzado estado de deterioro y en un sitio no apto para acopiar este tipo de bienes, por su obsolescencia y dimensión. De lo anterior, ha pasado un tiempo prudencial para su disposición final. Así las cosas, y conforme a lo expuesto por la entidad, la observación se valida como hallazgo con incidencia administrativa.

HALLAZGO 49. Control de olores en la morgue de Barranquilla.

COH_7553_2024-2-AU-CU: Control de olores en la morgue de Barranquilla.	
INCIDENCIAS:	
Administrativa	☒
Fiscal	☐
Disciplinaria	☐
Penal	☐
Beneficio de Auditoría	☐
IP	☐
Otras incidencias	☐
¿Cuál?	

CRITERIOS:

Fuente de Criterio	Criterio
Decreto 1072 de 2015	Capítulo 6, Artículos 2.2.4.6.3., 2.2.4.6.5., 2.2.4.6.7., 2.2.4.6.31
Ley 09 de 1979	Artículos 108 y 109

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ:

Inadecuado manejo de los olores emitidos en el área de patología, en razón, a que dicho olor es bastante fuerte y debido a las condiciones climáticas de la zona, puede ser más penetrante, afectando no solo a los funcionarios que allí laboran sino a los que ejercen sus actividades alrededor.

CÓMO:

En visita a la Dirección Regional Norte del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses los días 26, 27 y 28 de agosto del año en curso en la ciudad de Barranquilla, durante el recorrido a las instalaciones de la morgue, el equipo auditor percibió y corroboró el fuerte olor que emanaba del lugar.

CAUSA:

Lo anterior, debido a la falta de acciones por parte de la alta gerencia para una adecuada gestión ambiental en el manejo de olores que surgen de los procedimientos de necropsia y a la inadecuada ventilación del lugar.

EFECTO:

Es así que, podrían generarse olores ofensivos y al no tenerse un adecuado sistema de ventilación o sistema de extracción, se genera un riesgo laboral latente para el personal ante la exposición prolongada.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

Los olores generados en la sala de necropsias de la institución son propios de la actividad forense y dependen de las características y el volumen de los casos que se presenten, en el momento de la visita se encontraba en la morgue un cuerpo producto de una exhumación, que por sus características produce estos olores; sin embargo, estos no son nocivos para la salud y no producen enfermedad más allá de generar un discomfort; en la visitas de autoridades ambientales, no se evidenció incumplimiento a la normatividad establecida.

La Institución implementa protocolos de limpieza y desinfección del área, asimismo en las construcciones recientes se ha venido implementando sistema de ventilación y extracción para el manejo de los olores, que en las construcciones existentes se dificulta por los diseños arquitectónicos y requerimientos para la implementación de estos; sin embargo, en la actualidad la institución se encuentra revisando la propuesta de un banco de tejidos, relacionadas con las adecuaciones en la sala de autopsias, en la cual se implementará un sistema de filtros para mitigar olores. Anexo carpeta 5.

ANÁLISIS DE RESPUESTA:

Revisando la respuesta de la entidad, se evidencia que se acepta la situación observada por este ente de control al confirmar el “discomfort” que pueden causar los olores que se generan durante la actividad pericial en la sala de necropsia, lo cual debe atenderse también desde la seguridad y salud en el trabajo y no sólo desde el ámbito ambiental.

Así las cosas, teniendo en cuenta lo expuesto por la entidad, la observación se confirma como hallazgo administrativo.

HALLAZGO 50. Equipos, muebles y enseres pendientes de baja en Barranquilla.

COH_7456_2024-2-AU-CU: Equipos, muebles y enseres pendientes de baja en Barranquilla.

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.

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ:

Evidenció varios equipos, muebles y enseres pendientes para dar de baja, encontrándose varios de estos a la intemperie y obstruyendo el paso normal del lugar, de igual forma se observaron otros bienes en los pasillos del edificio donde funciona la parte administrativa de la regional y otros en el lugar donde funciona el almacén.



CÓMO:

Durante la visita técnica realizada a la Regional Norte de Medicina Legal ubicada en la ciudad de Barranquilla los días 26, 27 y 28 de agosto del año en curso, conforme al recorrido realizado por el equipo auditor a las instalaciones de la mencionada sede, se identificó la mala disposición de bienes.

CAUSA:

Esta situación se presenta, por falta de custodia, controles y aplicabilidad de los procedimientos administrativos internos, así como debilidades en la destinación de recursos para atender las diversas necesidades para el correcto funcionamiento, además de la falta de atención por parte de la alta dirección.

105

Carrera 69 No. 44-35 Piso 1 • Código Postal 111071 • PBX 647 7000
cgr@contraloria.gov.co • www.contraloria.gov.co • Bogotá, D. C., Colombia

EFEECTO:

Lo anterior, genera riesgos ambientales y sanitarios, 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:

La Regional Norte cuenta con un cronograma para los procesos de baja para la vigencia, el cual se ha ejecutado, los elementos en mención eran los que hacían parte para el proceso del mes de septiembre. En el patio de maniobra los elementos se disponen de manera transitoria en la última fase del proceso. Anexo carpeta 5.

ANÁLISIS DE RESPUESTA:

De acuerdo con la respuesta aportada con la entidad, se comprueba la situación detectada por este ente de control, evidenciando una disposición de bienes que no es adecuada para iniciar el proceso de baja, en donde se deterioran con mayor velocidad. Proceso que en el momento de la inspección técnica no se había efectuado.

Por tal motivo se confirma la observación como hallazgo y se desestima la incidencia disciplinaria.

HALLAZGO 51. Contratos componente ambiental Sede Neiva.

COH_8063_2024-2-AU-CU: Contratos componente ambiental Sede Neiva.

INCIDENCIAS:

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

¿Cuál?

CRITERIOS:

Fuente de Criterio	Criterio
Plan Anual de Adquisiciones 2023	Código UNSPSC - Contratar el servicio de mantenimiento preventivo y correctivo de los sistemas de tratamiento de agua residual - star del instituto nacional de medicina legal y ciencias forenses Regional Sur en las sedes de la regional sur Neiva patología, unidad.
Constitución política de la República de Colombia	Artículo 79 y 80.
Resolución 00000591 de 2024	Articulo 4.1.1.3.1.7 Literal b inciso 1: Disponer de un equipo de pesaje de los residuos peligrosos (Ej. dinamómetro, o bascula) y garantizar que estos residuos sean pesados previo a la entrega al transportador.

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ:

El equipo auditor adelantó inspección ocular a la morgue de la Sede de Neiva, en donde se evidenció, que no existen contratos vigentes a la fecha relacionados con los mantenimientos del sistema de tratamiento de aguas residuales, residuos aprovechables y de mantenimiento de agua potable, adicionalmente no se tiene pesas para el registro de los residuos peligrosos – Respel y/o biológicos.



CÓMO:

En visitas técnicas a las instalaciones administrativas del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses y sus regionales, durante los meses de agosto y septiembre del presente año, el equipo auditor en inspecciones oculares, determinó varias deficiencias en la Sede de Neiva relacionadas con el componente ambiental.

CAUSA:

Esta situación se presenta por debilidades por parte del Ordenador del gasto en garantizar las necesidades al interior de la Institución, así como la falta de planeación, verificación y administración por parte de la Alta Dirección en la contratación.

EFFECTO:

Lo anterior, puede generar un posible incumplimiento de las normativas y compromisos ambientales, deterioro de los sistemas que componen el proceso de manejo ambiental, y posible impacto ambiental por la ausencia de contratos indispensables para el correcto funcionamiento contenidos en el plan anual de adquisición de la vigencia.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

Acorde con el criterio establecido en la observación se aclara que durante la vigencia 2023 se suscribieron los siguientes contratos del componente ambiental:

1. Contratos suscritos durante la vigencia 2023:
MIC-0003-DRSU-2023
N. ° de Contrato: 0003-DRSU-2023
Objeto: Servicio de lavado y desinfección de tanques de almacenamiento de agua potable en las sedes del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses — Regional Sur.

MIC-0008-DRSU-2023
No de Contrato: 0008-DRSU-2023
Objeto: Servicio de caracterización de los vertimientos en los puntos de descarga de agua residual en las sedes de la Regional Sur del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

MIC-0010-DRSU-2023
N.º de Contrato: 0009-DRSU-2023
Objeto: Mantenimiento preventivo y correctivo de los sistemas de tratamiento de agua residual, con suministro de bacterias para el tratamiento de aguas residuales — pozos sépticos.

2. Contratos suscritos durante la vigencia 2024:

MIC-0015-DRSU-2024
N. ° de Contrato: 0012-DRSU-2024
Objeto: Servicio de caracterización de los vertimientos en los puntos de descarga de agua residual en las sedes de la Regional Sur del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

MIC-0025-DRSU-2024
N.º de Contrato: 0022-DRSU-2024
Objeto: Servicio de lavado y desinfección de tanques de almacenamiento de agua potable en las sedes del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses — Regional Sur.

MIC-0026-DRSU-2024

N.º de Contrato: 0023-DRSU-2024

Objeto: Mantenimiento preventivo y correctivo de los sistemas de tratamiento de agua residual, con suministro de bacterias para el tratamiento de aguas residuales — pozos sépticos.

3. Contratos declarados desiertos:

Los procesos contractuales se iniciaron de manera oportuna; no obstante, los procesos MIC0014-DRSU-2024 y MIC-0019-DRSU-2024 fueron declarados desiertos por lo que fueron nuevamente publicados.

4. Cumplimiento normativo:

Los informes de caracterización realizados durante la vigencia anterior indican que los parámetros establecidos en la legislación vigente han sido cumplidos.

Se adjuntan soportes de contratos e informes de caracterización y lavados de tanques vigencia 2023. Anexos carpeta regional Sur.

5. Manejo de residuos aprovechables:

La Regional Sur lleva a cabo la disposición de residuos aprovechables a través de campañas organizadas por la Corporación Regional del Alto Magdalena (CAM). Asimismo, dentro del contrato de recolección de residuos peligrosos se incluye la recolección, transporte, tratamiento y disposición final de residuos especiales (cartuchos de tóner, fotocopidora e impresora, bombillas, luminarias, residuos eléctricos y electrónicos, pilas, etc.) vigencia del contrato (20222026). Esta gestión garantiza una adecuada disposición final de los residuos, eliminando así riesgos ambientales y sanitarios.

Se adjuntan soportes de entregas en campañas CAM, contrato de recolección de residuos vigentes, y soporte de entrega RAEES. Anexos carpeta regional Sur.

3. Adquisición de básculas:

Se realizó la adquisición de básculas para cada una de las sedes que conforman la Regional Sur, de acuerdo con las órdenes de compra 110827 y 110825 de 2023. La báscula está en funcionamiento y se documentan en el inventario del Grupo Regional de Patología Forense (Neiva) número de inventario 604922, con soporte de video funcionamiento y operación de la báscula y registro en la plataforma SIGA. Se adjuntan soportes. Anexos carpeta regional Sur.

Por lo anterior, la gestión contractual y de residuos en la Regional Sur del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, se encuentra alineada con los requerimientos legales y ambientales, garantizando la correcta operación y mantenimiento de los sistemas de tratamiento de agua residual y la adecuada disposición de residuos generados.

ANÁLISIS DE LA RESPUESTA:

Efectuada la revisión de los archivos aportados por la entidad donde reposan 3 anexos, en el número 1 se encuentran 8 carpetas tres de ellas del 2023 y las otras 5 son del 2024, la número 2 entrega de RAEE, la numero 3 Balanza pesaje residuos.

Se pudo evidenciar que la entidad en el 2024 realizó dos contratos sobre el tratamiento de aguas residuales y uno sobre el mantenimiento de agua potable, sin embargo, se encuentran dos resoluciones la 022 y 028 en la cual se declaran desiertas (tratamiento de aguas residuales), no se encontró ninguna actividad en el 2024 sobre el tema de residuos aprovechables.

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

HALLAZGO 52. Seguimiento y Control PTAR sede Cúcuta.

COH_8008_2024-2-AU-CU: Seguimiento y Control PTAR sede Cúcuta.

INCIDENCIAS:

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

IP☐Otras incidencias☐

¿Cuál?

CRITERIOS:

Fuente de Criterio	Criterio
Constitución política de la República de Colombia	Artículo 79 y 80.
Decreto 3050 de 2013	Artículo 3. Numeral 7.
Decreto 3930 de 2010	Artículo 37,38 y 52.
Resolución 631 de 2015.	Artículo 16 – numeral 9

<i>Gestión ambiental DG-A-CARACT-024 Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses</i>	<i>Realizar el seguimiento de las operaciones de dosificación de químicos y del tratamiento de las aguas residuales, en cada una de las PTAR'S, instalas en las sedes del INMLCF.</i> <i>Realizar seguimiento a las mediciones de los parámetros de control del agua tratada, en cada una de las PTAR'S y demás dispositivos utilizados.</i> <i>Actividad de Verificación: Revisar y analizar los Resultados de monitoreo</i>
---	---

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ: Se pudo identificar que, no se está vigilando la dosificación ni está siendo monitoreada conforme con las variables de las actividades de la morgue, ya que a la fecha de la visita el operario no se encontraba supervisando ni evaluando las operaciones de la Planta, además de carecer del personal idóneo para dicho ejercicio, es más, le fue manifestado al equipo auditor que, a pesar de que el sistema no es totalmente automatizado, no se cuenta con el operario permanente de la supervisión. No se identificó ningún tipo de filtro permanente o cribado, teniendo en cuenta que actualmente se realiza el retiro de sólidos de forma manual cada 3 días con una herramienta tipo colador gigante. 
CÓMO: En visita técnica a las instalaciones donde funciona la morgue de la sede de Cúcuta durante los días 24, 25 y 26 de septiembre del presente año, el equipo auditor durante la inspección ocular evidenció deficiencias de la PTAR y su supervisión.
CAUSA: Esta situación se presenta por debilidades por parte del Ordenador del gasto en garantizar las necesidades al interior de la Institución, así como la falta de planeación, verificación y administración por parte de la Alta Dirección en la contratación y satisfacción de necesidades para el cumplimiento misional.
EFFECTO: Lo anterior, puede generar un posible incumplimiento de las normativas y compromisos ambientales, deterioro de los sistemas que componen el proceso de manejo ambiental, y posible impacto ambiental por la ausencia de contratos indispensables para el correcto funcionamiento contenidos en el plan anual de adquisición de la vigencia.
RESPUESTA DE LA ENTIDAD: <i>La Planta de Tratamiento de aguas residuales es un sistema diseñado y construido para operar de forma semiautomática, es decir los equipos que la conforman operan de forma segura por sensores de nivel o programados electrónicamente desde el tablero central, y no depende para su funcionamiento de acompañamiento permanente, de acuerdo con lo establecido por el diseñador y fabricante (Ver Anexo-MANUAL DE INSTALACION PLANTA DE TRATAMIENTO DE AGUAS RESDUALES).</i>

Para garantizar la óptima operación de la PTAR, se realiza un seguimiento periódico por parte del personal de la sede, a las unidades y equipos, siguiendo las recomendaciones del fabricante.

Este seguimiento incluye, las siguientes actividades:

- Limpieza de trampa de sólidos para el retiro de sólidos y grasas para evitar la saturación.
- Verificación general del tanque biológico.
- Verificación de la unidad avanzada, desinfección por ultravioleta, unidad de electroquímica.
- Inspección de equipos electromecánicos.
- Realizar retrolavados de las unidades filtrantes.
- Revisión del tablero eléctrico - control de mandos.

La aplicación de los insumos químicos, se realiza por medio de dos (2) dosificadores automáticos por diferencial de presión con capacidad de 9 Lb cada uno para el suministro de cloro en pastillas y sulfato de aluminio (alumbre); Estos insumos son suficientes para abastecer de tres a cuatro días de operación continua el sistema de tratamiento.

El registro de las actividades de inspección y seguimiento se plasma en los formatos del procedimiento interno DG-A-P088- operación y mantenimiento de las plantas de tratamiento de aguas residuales (Ver Anexo- REGISTRO ACTIVIDADES PTAR). Anexo carpeta Norte de Santander.

El mantenimiento de toda la PTAR se realiza mediante proceso de selección en el Sistema de Contratación Pública- SECOP II; para la presente vigencia se ejecutó el contrato 0012-DRNR 2024 con la empresa INGENIERIA Y CONSULTORIA S.A.S. (SE ANEXA CLAUSULADO COMPLEMENTARIO AL CONTRATO ELECTRÓNICO Y INFORME MANTENIMIENTO DE LA PTAR). Anexo carpeta Norte de Santander.

Igualmente se informa que, con las actividades realizadas sobre la PTAR, el Instituto demuestra una operación óptima del sistema de tratamiento de aguas residuales, lo cual se traduce en una reducción significativa de los impactos ambientales adversos y garantiza la continuidad de las operaciones de la planta y al mantener el sistema en óptimas condiciones, se previene su deterioro y se evita el incumplimiento de la normatividad ambiental.

Se concluye que las recomendaciones del constructor y el procedimiento documentado en la Entidad, no especifican la necesidad de la vigilancia permanente de un operador, para garantizar la funcionalidad optima de la PTAR. Anexos carpeta seccional Norte de Santander.

ANÁLISIS DE RESPUESTA:

Conforme a la respuesta otorgada por el Instituto sobre la Seccional Cúcuta, la entidad indica y detalla el cumplimiento, control y mantenimiento de la PTAR, informando que los equipos que la conforman operan de manera segura por sensores de nivel o programados electrónicamente desde el tablero central, mencionando también que no requiere para su funcionamiento de acompañamiento permanente; sin embargo, según el reproche a lo observado por el grupo auditor, a pesar de tratarse de un mecanismo semiautomático, el riesgo de error humano se encuentra latente, necesitando actividades de verificación, revisión y análisis de los resultados de monitoreo y seguimiento continuo.

Teniendo en cuenta lo expuesto, las razones no son suficientes ni desvirtúan lo observado por la CGR y se constituye como hallazgo administrativo.

HALLAZGO 53. Equipos tecnológicos pendientes de baja Cúcuta.

COH_8009_2024-2-AU-CU: Equipos tecnológicos pendientes de baja 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, 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:

Conforme al recorrido realizado por el equipo Auditor, en las instalaciones administrativas del Instituto Nacional de Medicina Legal de Cúcuta, se evidenció el equipo de rayos X

fuera de servicio y operación; indagado 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, así como tampoco han sido recogidos por el área correspondiente.



CÓMO:

En visita técnica realizada a las instalaciones del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses los días 24, 25 y 26 de septiembre del 2024 y ubicados en la ciudad de Cúcuta, durante el recorrido del grupo auditor, observó en el área que se asignó para el archivo de gestión, el equipo de rayos x fuera de servicio.

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:

Puede causar que los inventarios estén ocupando espacios físicos, sin realizar gestiones tendientes a darlos de baja e impactando la celeridad en los procesos y destinación final de los bienes, además de que los inventarios no reflejan la realidad de los bienes en uso o en bodega. De igual forma, se genera riesgo ambiental y sanitario por inadecuada disposición de RAEE.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

El equipo reportado en la fotografía no es un equipo de rayos X. Es un digitalizador de imágenes, que permite revelar electrónicamente y visualizar las imágenes que son tomadas por el equipo de rayos X. La utilidad de este equipo está ligada a la funcionalidad del equipo de rayos X que le sea compatible. En razón al daño presentado por el equipo de rayos X, este fue trasladado al Grupo Nacional de Servicios Técnicos Especializados y Medio Ambiente, el 202310-23, tal y como se registra en correo anexo, Grupo que, mediante Oficio No. 602-GNGSTSSF-2024, del 2024 / 10 / 11, reportó que el "equipo es obsoleto", y dio como Recomendación, 'Iniciar trámites para la baja ante Almacén'. Anexo carpeta Seccional Norte de Santander.

Dado lo anterior, mediante oficio 401-DSNS-DRNR-2024 del 2024-10-22, el técnico de rayos X de la Seccional Norte de Santander, una vez se conoció el concepto del equipo de Rayos X, certificó la inoperancia del digitalizador por incompatibilidad con otros equipos, y sugirió realizar el proceso de baja por obsolescencia.

La Dirección Seccional Norte de Santander, mediante oficio 198-DSNS-DRNR-2024, solicitó al Almacén de la regional Nororiente, iniciar el proceso de baja de los equipos enunciados: equipo de rayos X, y digitalizador. Anexos carpeta seccional Norte de Santander

ANÁLISIS DE RESPUESTA:

Conforme a la respuesta otorgada por el Instituto en relación con la Seccional Cúcuta, señala que el equipo objeto de observación no es un equipo de rayos X sino un digitalizador de imágenes que son tomadas por el equipo de rayos X, ligándose la funcionalidad de este equipo, el cual fue trasladado al Grupo Nacional de Servicios Técnicos Especializados y Medio ambiente a causa de un daño, quienes lo reportaron como obsoleto y listo para dar de baja.

Teniendo en cuenta lo expuesto, no se evidencian las acciones suficientes y efectivas

para dar de baja los equipos que lo requieren, debido al tiempo prolongado que duran en las instalaciones operativas, toda vez que no se cuentan con los requisitos necesarios para adelantar la baja; 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.

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

HALLAZGO 54. Control de olores en la morgue de Cúcuta.

COH_8013_2024-2-AU-CU: Control de olores en la morgue 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 y 109.
Decreto 1072 de 2015	Capítulo 6, Artículos 2.2.4.6.3., 2.2.4.6.5., 2.2.4.6.7. y 2.2.4.6.31
Decreto 1076 de 2015	Sección 2, Artículo 2.2.5.1.2.14. – Olores ofensivos

18.

19. SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ:

Inadecuado manejo de los olores emitidos en el área de patología, en razón, a que dicho olor es bastante fuerte y debido a las condiciones climáticas de la zona, puede ser más penetrante, afectando no solo a los funcionarios que allí laboran sino a los que ejercen sus actividades alrededor.



CÓMO:

En visita realizada a la sede del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses en la ciudad de Cúcuta los días 24, 25 y 26 de septiembre del presente año, durante el recorrido a las instalaciones de la morgue ubicada en el cementerio central de la ciudad en calidad de comodato; el equipo auditor percibió y corroboró el fuerte olor que emanaba del lugar.

CAUSA:

Lo anterior, debido a la falta de acciones por parte de la alta gerencia para una adecuada gestión ambiental en el manejo de olores que surgen de los procedimientos de necropsia y a la inadecuada ventilación del lugar, además del espacio insuficiente y óptimo para desarrollar los procedimientos.

EFFECTO:

Es así que, podrían generarse olores ofensivos y al no tenerse un adecuado sistema de ventilación o sistema de extracción, se genera un riesgo laboral latente para el personal que labora en las instalaciones, ante la exposición prolongada del mismo.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

Los olores que se generan en la sala de necropsias del Instituto son propios de la actividad forense y dependen de las características y el volumen de los casos que se presenten. En el momento de la visita se estaban realizando tres procedimientos de necropsia, y uno de los casos estaba en proceso inicial de descomposición, hecho que de por si produce estos olores; sin embargo, estos olores no son nocivos para la salud, y más allá de generar incomodidad, no producen enfermedad. También es preciso señalar que estas áreas están restringidas a la ciudadanía y que el personal del Instituto cuenta con los elementos de protección personal adecuados.

Se señala que tampoco hay afectación al medioambiente y no se han presentado quejas o requerimientos por parte de las autoridades ambientales.

La Dirección Seccional ha implementado protocolos de limpieza y desinfección del área. Adicionalmente, de acuerdo con el Decreto 0786 de 1990 y Resolución 5194 de 2010 del Ministerio de Salud y Protección Social, las morgues de los cementerios son las áreas dispuestas para el abordaje de los cadáveres descompuestos, de acuerdo con su naturaleza y la debida autorización de los entes territoriales. Anexos carpeta seccional Norte de Santander.

ANÁLISIS DE RESPUESTA:

Revisando la respuesta de la entidad, esta manifiesta que los olores que se generan en la sala de necropsias del Instituto son propios de la actividad forense y dependen de las características y el volumen de los casos que se presenten. Menciona que estos olores no son nocivos para la salud y más allá de generar incomodidad no producen enfermedad, sin embargo, pueden causar lesiones leves de malestar ante la exposición prolongada como, (dolor de cabeza y/o nauseas) propios de olores ofensivos, situación que debe atenderse desde la seguridad y salud en el trabajo y no sólo desde el ámbito ambiental.

Así las cosas, teniendo en cuenta lo expuesto por la entidad, la observación se confirma como hallazgo administrativo.

17.3. RESULTADOS EN RELACIÓN CON EL OBJETIVO ESPECÍFICO No. 3

OBJETIVO ESPECÍFICO 3
Verificar el proceso y procedimiento que se adelanta para las donaciones y trasplantes de órganos y tejidos.

17.3.1. Donaciones y trasplantes

Como resultado de la auditoría se configuraron 2 hallazgos administrativo relacionado con la aplicabilidad de los formatos internos y con la publicidad de los temas de donaciones y trasplantes.

HALLAZGO 55. Donación de Órganos Villavicencio

COH_7501_2024-2-AU-CU: Donación de Órganos Villavicencio.	
INCIDENCIAS:	
Administrativa ☒	Fiscal ☐
Disciplinaria ☐	Penal ☐
Beneficio de Auditoría ☐	
IP ☐	Otras incidencias ☐
¿Cuál?	
CRITERIOS:	
Fuente de Criterio	Criterio
Ley 938 de 2004	Artículo 36 Numeral 11
Decreto 2493 de 2004	Artículo 46

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ: A pesar que la Entidad cuenta con procedimientos consolidados para el trámite de Donaciones de Órganos, la sede de Villavicencio desconoce dicha diligencia, por lo que la sede no ha prestado ese servicio a la comunidad, sin ejercer su función de orientar y divulgar la información de sus funciones de interés a los particulares.
CÓMO: En visita técnica realizada a la Morgue y a los diferentes laboratorios ubicados en la ciudad de Villavicencio del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses los días 26 y 28 de agosto del año en curso, se pudo evidenciar que, la sede no ha prestado el servicio de divulgación de información para el trámite de Donaciones de órganos.
CAUSA: Esta situación se presenta por falta de Gerencia, ante la no capacitación del Orden Nacional a las diferentes regionales y direcciones, debilidades en la divulgación de los resultados de las investigaciones, avances científicos, desarrollo de las prácticas forenses y demás información del Instituto considerada de interés para la comunidad en general.
EFFECTO: Generando la pérdida de oportunidad para prestar el servicio del recurso biológico al servicio de la sociedad y la comunidad.
RESPUESTA DE LA ENTIDAD: <i>En el departamento del Meta no cuenta con bancos de tejidos o medula ósea radicados en esta área. Si bien el banco de tejidos COBANCOL inscrito ante la Coordinación Regional de la Red de Donación y Trasplantes No 1, cuya área de jurisdicción son Bogotá D.C. y los departamentos de Cundinamarca, Huila, Tolima, Boyacá, Casanare, Meta, Caquetá, Vichada, Vaupés, Guaviare, Guainía, putumayo, y Amazonas, en la vigencia 2024 se solicitó al Comité de Componentes Anatómicos inscripción para rescate de tejido ocular en la Seccional Meta (Villavicencio), esto no se ha materializado por no contar el banco con un centro de almacenamiento temporal para la conservación de los tejidos rescatados, circunstancia ajena al INMLCF.</i> <i>La entidad cumple con las disposiciones de la Ley 9 de 1979 que reguló la donación o traspaso de órganos, tejidos y líquidos orgánicos de cadáveres o de seres vivos para trasplantes u otros usos terapéuticos; el Decreto 2493 de 2004, expedido por Ministerio de la Protección Social, reglamentario de las Leyes 9 de 1979 y 73 de 1988, que reguló «la obtención, donación, preservación, almacenamiento, transporte, destino y disposición final de componentes anatómicos», entre otros.</i> <i>Así mismo, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses expidió la Resolución No. 000382 del 15 de mayo de 2015, «Por la cual se reglamenta la inscripción de entidades para la obtención de cadáveres, componentes anatómicos y tejidos con fines de trasplante, docencia e investigación y se dictan otras disposiciones»; estableciendo los requisitos que deben cumplir cuando pretendan inscribirse ante la entidad.</i> <i>De conformidad con la normatividad descrita, la entidad no es la responsable del rescate de tejidos, selección de donantes ni la promoción de la donación, ello está reservado exclusivamente para los bancos de tejidos y medula ósea autorizados por el Invima.</i> <i>Frente a la promoción y divulgación es menester aclarar que, está definido que el Ministerio de la Protección Social y las entidades territoriales de salud en coordinación con la Red Nacional de Donación y Trasplantes, realizarán campañas públicas de promoción de la donación, mediante estrategias de información, educación y de comunicación para toda la población, con el fin de fomentar la conciencia solidaria que incremente la donación a favor de los enfermos que necesiten órganos y tejidos para trasplantes. Estas campañas serán financiadas con recursos del Estado a través de las acciones de salud pública, sin perjuicio de que se puedan realizar campañas de carácter privado. DECRETO NUMERO 2493 DE 2004 (Artículo 41. Promoción de la donación) La responsabilidad de la gestión a la donación, está en cabeza del Instituto Nacional de Salud y las regionales de salud, IPS trasplantadoras.</i> <i>Como se puede apreciar, el hecho que a la fecha no se estén rescatando tejidos con fines de trasplante en la sede de Villavicencio de la entidad, no quiere decir que se genere «la pérdida de oportunidad para prestar el servicio del recurso biológico al servicio de la sociedad y la comunidad», pues la entidad autoriza para el rescate de los tejidos; sin embargo, el procedimiento está supeditado al cumplimiento de varias condiciones y permisos otorgados por el Ministerio de Salud, el Instituto Nacional de Salud y el Invima, (Circular 100-00341-12 del 21 de septiembre del 2012 expedida por el Invima y la Resolución No. 5108 de 2005 expedida por el Ministerio de Protección Social).</i>

En esos términos la observación No. 26 el Qué, la causa y el efecto no guarda relación con la misión de la entidad y las competencias establecidas respecto a la donación de tejidos por las disposiciones legales vigentes.

ANÁLISIS DE LA RESPUESTA:

Dentro de la respuesta la entidad manifiesta que no tiene responsabilidad de orientar y divulgar la información de sus funciones de interés a los particulares en cuanto a la donación de órganos, pero la Ley 938 de 2004 en su Artículo 36 Numeral 11, ratifica que la entidad debe *“Divulgar los resultados de las investigaciones, avances científicos, desarrollo de las prácticas forenses y demás información del Instituto considerada de interés para la comunidad en general”*.

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

HALLAZGO 56. Formato Donaciones Sede Neiva.

COH_8060_2024-2-AU-CU: Formato Donaciones Sede Neiva.

INCIDENCIAS:

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

IP ☐ Otras incidencias ☐

¿Cuál?

CRITERIOS:

Fuente de Criterio	Criterio
Decreto 2493 de 2004	Artículo 46
Ley 938 de 2004	Artículo 36 Numerales 4, 8, y 9

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ:

El equipo auditor adelantó inspección ocular al área de patología de la Sede de Neiva, en donde se evidenció, que el registro no se realiza en el formato interno dispuesto en el aplicativo Isolution, formato que almacena los trámites de las donaciones, dicha actividad se reporta en un cuaderno sin los logotipos y códigos pertinentes.

CÓMO:

En visitas técnicas a las instalaciones administrativas del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses y sus regionales, durante los meses de agosto y septiembre del presente año, el equipo auditor en inspecciones oculares, determinó varias deficiencias en la Sede de Neiva relacionadas con los reportes de los formatos de donaciones.

CAUSA:

Esta situación se produce por falta de coordinación y desarticulación entre el nivel central del Instituto y las diferentes Direcciones regionales y falta de divulgación y capacitaciones de los procedimientos internos a las diferentes Sedes.

EFFECTO:

Lo anterior, podría generar que la capacidad se vea comprometida ante un eventual aumento en la demanda de procedimientos, malos olores, mala conservación, deterioro acelerado de los occisos y aumentar la dificultad en los procesos por la creciente descomposición de los cadáveres.

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:

De acuerdo con el procedimiento M-P-36, que regula la donación de tejidos con fines de trasplantes u otros usos terapéuticos, se ha identificado que los anexos correspondientes no presentan codificación ni incluyen el logo institucional, porque su diligenciamiento corresponde a los diferentes bancos de tejidos, que son externos al Instituto. Por lo tanto, los documentos actualmente utilizados en los casos de trasplantes son

aquellos autorizados por el Instituto, como se puede evidenciar en el caso de donación que se adjunta, el cual fue entregado durante la auditoría. Anexos carpeta regional Sur.

Sobre los cuadernos de anotaciones identificados, corresponde a documentos de registros propios del banco de tejidos, pero que no riñen con la documentación del Instituto.

Respecto a las actas de reunión de seguimiento de casos y supervisión de actividades llevadas a cabo con el banco de tejidos (Bantejidos), estas se suscriben conforme al formato establecido por el Instituto para las reuniones. Esto acorde a la actividad 7.10 del mencionado procedimiento, que estipula como evidencia la existencia de "Actas de reunión en formato vigente o libro de actas. Informe al Comité de Componentes Anatómicos" Anexos carpeta regional Sur.

Finalmente, se hace mención de que el efecto (en las observaciones de la auditoría) mencionado no guarda relación directa con el contexto actual, dado que el mismo establece que podría generarse un compromiso en la capacidad operativa, ante un eventual aumento en la demanda de procedimientos, malos olores, mala conservación y un deterioro acelerado de los occisos, así como en una mayor dificultad en los procesos debido a la creciente descomposición de los cadáveres situación que no guarda relación con el proceso de donación.

ANÁLISIS DE LA RESPUESTA:

Verificada la información aportada por la entidad en sus archivos 1, 2 y 3 donde manifiestan que *"Por lo tanto, los documentos actualmente utilizados en los casos de trasplantes son aquellos autorizados por el Instituto, como se puede evidenciar en el caso de donación que se adjunta, el cual fue entregado durante la auditoría. Anexos carpeta regional Sur.* El grupo auditor no está manifestando lo que indica la entidad en su respuesta, ya que lo que se evidenció fue que los formatos que almacenan los trámites de las donaciones las actividades se reportan en un cuaderno, formatos no propios establecidos dentro de la guía de registros por la entidad, sin los logotipos y códigos pertinentes.

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

17.4. RESULTADOS EN RELACIÓN CON EL OBJETIVO ESPECÍFICO No. 4

OBJETIVO ESPECÍFICO 4
Realizar seguimiento al plan de mejoramiento y conceptuar sobre su efectividad.

17.4.1. Plan de mejoramiento

Como resultado de la auditoría se configuró un hallazgo administrativo relacionado con el cargue de las acciones de mejora en el SIRECI.

El cumplimiento del plan de mejoramiento con 84 acciones de mejora, como resultado del ejercicio se tuvo un concepto **EFFECTIVO**, es decir, se cumplió con las acciones de mejora en más del 80% de los hallazgos de vigencias anteriores, que, conforme a sus acciones correctivas, y han permitido una mejora continua para el Instituto. Es importante que la entidad no soportó los hallazgos 9 del 2019 y 19 del 2015 que corresponden a 6 acciones de mejora, sin embargo, no es representativo ante las más de 71 acciones de mejora evaluadas cumplidas.

Es importante mencionar que, dentro de las acciones de mejora que fueron reportadas como cumplidas, se encontraron 7 relacionadas con la ejecución presupuestal correspondiente al hallazgo 20 de la vigencia 2019, que fue confirmada nuevamente como hallazgo dentro del presente ejercicio auditor, constituyéndose como acciones inefectivas dentro del presente ejercicio auditor.

Por otro lado, el equipo auditor adelantó la revisión del plan de mejoramiento del Instituto y sus avances de las últimas vigencias, corroborando que la presentación del plan de mejoramiento a la Contraloría General de la Republica – CGR a través del Sistema de Rendición Electrónica de la Cuenta e Informes – SIRECI de la vigencia 2022, se realizó fuera del término establecido en el informe de la actuación fiscal de noviembre del 2023; teniendo en cuenta que en el sistema se evidencia realizado en el mes de junio de 2024.

HALLAZGO 57. Presentación plan de mejoramiento vigencia 2022

COH_8143_2024-2-AU-CU: Presentación plan de mejoramiento vigencia 2022.	
INCIDENCIAS: Administrativa ☒ Fiscal ☐ Disciplinaria ☐ Penal ☐ Beneficio de Auditoría ☐ IP ☐ Otras incidencias ☐ ¿Cuál?	
CRITERIOS:	
Fuente de Criterio	Criterio
Resolución Orgánica 064 de 2023 de la CGR	Capítulo VI

SITUACIÓN DETECTADA:

QUÉ: En cumplimiento al artículo 43 de la Resolución Orgánica 064 del 2023 de la CGR, el equipo auditor adelantó la revisión del plan de mejoramiento del Instituto y sus avances de las últimas vigencias, corroborando que la presentación del plan de mejoramiento a la Contraloría General de la Republica – CGR a través del Sistema de Rendición Electrónica de la Cuenta e Informes – SIRECI de la vigencia 2022, se realizó fuera del término establecido en el informe de la actuación fiscal de noviembre del 2023; teniendo en cuenta que en el sistema se evidencia realizado en el mes de junio de 2024.
CÓMO: Durante la revisión realizada por el equipo auditor de los formatos F14.1 generados por la herramienta tecnológica de la CGR – SIRECI, en los cuales se evidenció la presentación del plan de mejoramiento vigencia 2022 en el mes de julio de la presente anualidad.
CAUSA: Esta situación se produce por el incumplimiento al artículo 42 de la Resolución Orgánica 064 del 2023 emitida por la CGR respecto al término de presentación del plan de mejoramiento, el cual regía a partir del recibo del informe final del ejercicio auditor; adicionalmente, se presentan deficiencias en la Alta Dirección frente a la planeación y coordinación de las áreas vinculadas.
EFFECTO: Lo anterior, afecta el cumplimiento de la normatividad emitida por la CGR, retrasos en el cumplimiento de las actividades necesarias para subsanar las causas de los hallazgos establecidos y riesgos de calidad, oportunidad y garantía de las acciones de mejora.
RESPUESTA DE LA ENTIDAD: Mediante oficio 2023EE0214554 de fecha 2023-12-04, se recibió el informe de auditoría según se evidencia en la imagen: 

De acuerdo con la fecha del oficio y el plazo de 30 días hábiles para la presentación del plan de mejoramiento, la fecha máxima del plazo se vencía el 19 de enero de 2024; siendo así, el 2024-01-19 se transmitió a la Contraloría General de la República, a través del aplicativo SIRECI, el plan de mejoramiento, tal como consta el certificado emitido por dicha entidad y del cual se copia a continuación:



En este sentido, la transmisión del Plan de Mejoramiento se realizó en el plazo establecido, es decir, el 19 de enero de 2024, conforme a la Resolución Orgánica 064 de 2023. Anexos carpeta Control Interno.

ANÁLISIS DE LA RESPUESTA:

Conforme a la respuesta allegada por la entidad, esta indica y soporta con evidencia, que el plan de mejoramiento se realizó en el plazo establecido, es decir el 19 de enero de 2024, en cumplimiento de lo dispuesto en la Resolución orgánica 064 de 2023; sin embargo, una vez consultado el sistema SIRECI se evidencia que el registro de las acciones correctivas fue en el mes de junio de 2024.

En consecuencia, se valida esta observación como hallazgo administrativo.

17.5. RESULTADOS EN RELACIÓN CON EL OBJETIVO ESPECÍFICO No. 5

OBJETIVO ESPECÍFICO 5
Realizar seguimiento a las glosas de la Comisión Legal de Cuenta de la Cámara de Representantes para determinar la efectividad de las acciones desarrolladas y emitir pronunciamiento sobre las mismas.

17.5.1. Glosas de la Comisión Legal de Cuenta

Para la presente auditoría no se configuraron hallazgos relacionados con el presente objetivo específico.

1. En la Comisión Legal de Cuentas de la Cámara de Representantes, se identificó que las acciones se han venido cumpliendo por lo que respecto al tema en relación el ente de control no identificó razones para observar.

Sin embargo y teniendo en cuenta el análisis del Tabla 4, se evidencian debilidades en el cumplimiento de las glosas establecidas por la Comisión Legal de Cuentas de la Cámara de Representantes, relacionadas con temas presupuestales y contables, encontrando que, de las 11 glosas generales, 5 no tiene cumplimiento al 100% y se encuentran pendientes de actividades tendientes a subsanar la situación mencionada en cada una de ellas.

17.6. RESULTADOS EN RELACIÓN CON EL OBJETIVO ESPECÍFICO No. 6

OBJETIVO ESPECÍFICO 6
Atender las denuncias e insumos asignados en desarrollo de la auditoría.

17.6.1. Denuncias e Insumos

Para la presente auditoría no se presentaron denuncias e insumos. Por lo que no existen hallazgos para el presente objetivo específico.

18.ANEXOS

No.	DENOMINACIÓN DEL HALLAZGO	A	D	F	V/r \$
1	-HALLAZGO 1. Rayos X en la sala de necropsias en Bogotá D.C.	A1	D1		
2	-HALLAZGO 2. Equipos pendientes de mantenimiento en los laboratorios en la sede Bogotá D.C.	A2	D2		
3	-HALLAZGO 3. Control de reactivos y a su fecha de expiración en los laboratorios de Bogotá D.C.	A3	D3		
4	-HALLAZGO 4. Máquina trituradora de la mesa No. 12 de la Morgue Bogotá D.C.	A4	D4		
5	-HALLAZGO 5. Espacio para el archivo documental patología en la sede de Bogotá D.C.	A5	D5		
6	HALLAZGO 6. Almacenamiento y atención en el laboratorio de Evidencia traza en Bogotá D.C.	A6			
7	HALLAZGO 7. Elementos materiales probatorios laboratorio de biología de Bogotá D.C.	A7			
8	HALLAZGO 8. Conciliación entre el almacén general y contabilidad en Bogotá D.C.	A8			
9	HALLAZGO 9. Fortalecimiento de la Política del Sistema de Medicina Legal y Ciencias Forenses.	A9			
10	HALLAZGO 10. Infraestructura laboratorios toxicología y estupefacientes de Bogotá D.C.	A10			
11	-HALLAZGO 11. Equipo de cómputo en la sede de Villavicencio.	A11			
12	-HALLAZGO 12. Necromóvil Villavicencio.	A12			
13	-HALLAZGO 13. Nevera y cuarto frio de almacenamiento para cadáveres en Villavicencio.	A13	D6		
14	-HALLAZGO 14. Baños con almacenamiento de Archivos Villavicencio.	A14	D7		
15	-HALLAZGO 15. Infraestructura de la sede de Villavicencio.	A15			
16	-HALLAZGO 16. Máquinas de asignación de Turnos Villavicencio	A16			
17	HALLAZGO 17. Mesa de procedimientos para necropsia en la morgue de Villavicencio.	A17			
18	-HALLAZGO 18. Neveras de almacenamiento Laboratorio Genética Villavicencio.	A18	D8		
19	-HALLAZGO 19. Equipo de Toxicología en el laboratorio de Biología en Villavicencio.	A19	D9		
20	-HALLAZGO 20. Equipos para el ingreso a los laboratorios de Biología y Genética en Villavicencio.	A20	D10		
21	HALLAZGO 21. Capacitación funcionarios balística en la sede de Villavicencio.	A21			
22	HALLAZGO 22. Recepción y cadena de custodia de cadáveres Barranquilla	A22			
23	-HALLAZGO 23. Equipo soporte de armas del laboratorio de balística en Barranquilla.	A23			
24	HALLAZGO 24. Evidencias laboratorio de balística en Barranquilla.	A24			
25	HALLAZGO 25. Equipos del laboratorio de balística pendiente de baja en Barranquilla.	A25			
26	HALLAZGO 26. Infraestructura del laboratorio de antropología en Barranquilla.	A26			
27	HALLAZGO 27. Equipo para servicio de grafología del laboratorio de lofoscopia en Barranquilla.	A27			
28	HALLAZGO 28. Personal Sistema de seguridad y salud en el trabajo y gestión ambiental Barranquilla.	A28			
29	HALLAZGO 29. Archivo documental de patología y ciencia forense en Barranquilla.	A29			
30	HALLAZGO 30. Espacio para audiencias públicas virtuales en Barranquilla.	A30			
31	HALLAZGO 31. Recurso humano en Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.	A31			
32	HALLAZGO 32. Ejecución presupuestal proyecto laboratorios.	A32			
33	-HALLAZGO 33. Nevera de almacenamiento de cadáveres Sede Neiva.	A33	D11		
34	-HALLAZGO 34. Nevera de almacenamiento en el laboratorio de Biología Sede Neiva.	A34	D12		
35	HALLAZGO 35. Extensión de vida útil de insumos de laboratorio Biología Sede Neiva.	A35			
36	HALLAZGO 36. Funciones del Personal Sede Neiva.	A36			
37	HALLAZGO 37. Infraestructura Sede Neiva.	A37			
38	HALLAZGO 38. Archivo de gestión e histórico en la sede de Cúcuta.	A38			
39	HALLAZGO 39. Espacio y manejo almacén en Cúcuta.	A39			
40	HALLAZGO 40. Recepción y cadena de custodia de cadáveres Cúcuta.	A40			

41	-HALLAZGO 41. Congelador vertical en laboratorio de Biología de Cúcuta.	A41	D13		
42	HALLAZGO 42. Manejo de evidencias en la morgue de Cúcuta.	A42			
43	-HALLAZGO 43. Construcción Sede administrativa seccional de Cúcuta.	A43	D14	F1	\$2.656.276.885,55
44	-HALLAZGO 44. Equipos de Laboratorios pendientes de baja Bogotá D.C.	A44	D15		
45	HALLAZGO 45. Señalizaciones y convenciones ambientales, de la sede de Bogotá D.C.	A45			
46	HALLAZGO 46. Seguimiento y Control PTAR Bogotá D.C.	A46			
47	HALLZGOS 47. Seguimiento y Control PTAR Villavicencio.	A47			
48	HALLAZGO 48. Equipo obsoleto en la Morgue de Barranquilla.	A48			
49	HALLAZGO 49. Control de olores en la morgue de Barranquilla.	A49			
50	-HALLAZGO 50. Equipos, muebles y enseres pendientes de baja en Barranquilla.	A50			
51	HALLAZGO 51. Contratos componente ambiental Sede Neiva.	A51			
52	HALLAZGO 52. Seguimiento y Control PTAR sede Cúcuta.	A52			
53	HALLAZGO 53. Equipos tecnológicos pendientes de baja Cúcuta.	A53			
54	HALLAZGO 54. Control de olores en la morgue de Cúcuta.	A54			
55	HALLAZGO 55. Donación de Órganos Villavicencio	A55			
56	HALLAZGO 56. Formato Donaciones Sede Neiva.	A56			
57	HALLAZGO 57. Presentación plan de mejoramiento vigencia 2022	A57			
Totales		57	15	1	\$2.656.276.885,55

A: Administrativa; D: Disciplinaria; F: Fiscal;
Elaboró: Equipo auditor.