

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

## INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORÍA

Auditoría integral con énfasis en riesgos al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo

### OFICINA DE CONTROL INTERNO

**AUDITOR (ES):**

**LÍDER:**

José Gregorio Bueno Hernández

**Equipo Auditor:**

Marisol García Villamarín  
Gustavo Adolfo Guerrero

**REVISADO POR:**

Olga Lucia Vargas Cobos

**JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO**

BOGOTÁ, SEPTIEMBRE DE 2024

**SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD**

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

## CONTENIDO

1.	OBJETIVO GENERAL DE LA AUDITORÍA.....	4
2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA AUDITORÍA.....	4
3.	ALCANCE DE LA AUDITORÍA.....	4
4.	CRITERIOS DE AUDITORÍA.....	5
5.	METODOLOGÍA UTILIZADA.....	8
6.	ANÁLISIS DE INFORMACIÓN Y DE DATOS.....	9
6.1	AMBIENTE DE CONTROL.....	9
6.2	EVALUACIÓN DEL RIESGO.....	29
6.3	ACTIVIDADES DE CONTROL.....	30
6.4	INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN.....	33
6.5	ACTIVIDADES DE MONITOREO.....	36
7.	ASPECTOS POSITIVOS.....	41
8.	NO CONFORMIDADES. (NIA 2431).....	41
9.	ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS. (NIA 2410-A1).....	42
10.	CONCLUSIONES. (NIA 2410-A1).....	44
11.	PLAN DE MEJORAMIENTO (NIA 2500).....	45
12.	ANEXOS.....	45

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

## ABREVIATURAS

<b>ATL</b>	Accidente de trabajo laboral
<b>ARL</b>	Administradora de Riesgos Laborales
<b>CCL</b>	Comité de convivencia Laboral
<b>FFDS</b>	Fondo Financiero Distrital de Salud
<b>DGTH</b>	Dirección de Gestión del Talento Humano
<b>DASCD</b>	Departamento Administrativo del Servicio Civil Distrital
<b>MIPG</b>	Modelo Integrado de Planeación y Gestión
<b>PESV</b>	Plan Estratégico de Seguridad Vial
<b>PIC</b>	Plan Institucional de Capacitación
<b>PNFC</b>	Plan Nacional de Formación y Capacitación
<b>PVE</b>	Programa de Vigilancia Epidemiológica
<b>PQRS</b>	Peticiones, Quejas, Reclamos y Solicitudes
<b>PHVA</b>	Planear, hacer, verificar y actuar
<b>POGD</b>	Plan Operativo de Gestión y Desempeño
<b>SDS</b>	Secretaría Distrital de Salud
<b>SG-SST</b>	Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo
<b>SEGPLAN</b>	Seguimiento al Plan de Desarrollo
<b>TRD</b>	Tablas de Retención Documental

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz / Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

## 1. OBJETIVO GENERAL DE LA AUDITORÍA.

Verificar la gestión realizada por la Dirección de Talento Humano con respecto a la implementación, monitoreo y control de los estándares mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo según la normatividad vigente, el modelo de las líneas de defensa y los componentes de control para la SDS.

## 2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA AUDITORÍA.

- Verificar los programas del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, conforme a la normatividad aplicable.
- Aplicar la autoevaluación de los estándares mínimos de acuerdo con la Resolución 0312 de 2019.
- Realizar la verificación e implementación de los Planes de Contingencias y Emergencias de la SDS y el Plan Estratégico de Seguridad Vial.
- Verificar las actividades fungidas por parte del Comité Convivencia Laboral respecto a la normatividad aplicable.
- Realizar la verificación del Plan Anual de Trabajo y la ejecución presupuestal del SG-SST, para las vigencias 2023 y 2024

## 3. ALCANCE DE LA AUDITORÍA.

Desde la verificación de la aplicación de la normatividad vigente relacionada con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, pasando por la revisión de la efectividad de los controles para la mitigación de los riesgos asociados a la ejecución de las actividades propias del talento humano de la entidad, hasta la implementación de los estándares mínimos del Sistema.

Período para evaluar:

- Desde: 01/06/2023
- Hasta: 31/07/2024

Nota: Lo anterior sin perjuicio de evaluar la gestión previa o posterior al periodo establecido a criterio del equipo auditor.

	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz / Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

#### 4. CRITERIOS DE AUDITORÍA.

Se realizaron mesas de trabajo en donde se verificaron muestras documentales aleatorias, sobre los temas específicos de la auditoría. Se realizaron actividades de verificación aplicando encuestas.

##### 4.1 Externos

- LEY 55 DE 1993: Por medio de la cual se aprueba el "Convenio No. 170 y la Recomendación número 177 sobre la Seguridad en la Utilización de los Productos Químicos en el trabajo", adoptados por la 77a. Reunión de la Conferencia General de la O.I.T., Ginebra, 1990.
- Ley 909 del 23 de septiembre de 2004: "por la cual se expiden normas que regulan el empleo público, la carrera administrativa, gerencia pública y se dictan otras disposiciones".
- Ley 1562 de 2012: tiene por objeto mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo, así como la salud en el trabajo, que conlleva la promoción y el mantenimiento del bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las ocupaciones.
- Ley 1575/2012: Por medio de la cual se establece la Ley General de Bomberos de Colombia.
- Decreto – Ley 1295 de 1994: "Por el cual se determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales".
- DECRETO 1973 DE 1995: "Por medio del cual se promulga el Convenio 170 sobre la Seguridad en la utilización de los productos químicos en el trabajo, adoptado por la Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo el 25 de junio de 1990".
- Decreto 1567 del 05 de agosto de 1998: "por el cual se crean el sistema nacional de capacitación y el sistema de estímulos para los empleados del Estado".
- Decreto 2090 de 2003: "Por el cual se definen las actividades de alto riesgo para la salud del trabajador y se modifican y señalan las condiciones, requisitos y beneficios del régimen de pensiones de los trabajadores que laboran en dichas actividades".
- Decreto 1227 del 21 de abril de 2005: "por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 909 de 2004 y el Decreto-ley 1567 de 1998".

	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

- Decreto 1072 de 2015: Decreto Único del Sector Trabajo, Artículo 2.2.4.6.8. sobre obligaciones de los empleadores.
- Decreto 1076 de 2015: (Decreto único reglamentario del Sector Ambiente y Desarrollo Sostenible expedido por el Presidente de la República y su objetivo es compilar y racionalizar las normas de carácter reglamentario que rigen el sector Ambiente.
- Decreto 2157 de 2017: "Por medio del cual se adoptan directrices generales para la elaboración del plan de gestión del riesgo de desastres de las entidades públicas y privadas en el marco del artículo 42 de la ley 1523 de 2012"
- Decreto 1496 de 2018 "Por el cual se adopta el Sistema Globalmente Armonizado de Clasificación y Etiquetado de Productos Químicos y se dictan otras disposiciones en materia de seguridad química".
- Decreto 1630 de 2021: "Por el cual se adiciona el Decreto 1076 de 2015, Único Reglamentario del Sector Ambiente y Desarrollo Sostenible, en lo relacionado con la gestión integral de las sustancias químicas de uso industrial, incluida su gestión del riesgo, y se toman otras determinaciones"
- Acuerdo 546 de 2013: Por el cual se transforma el Sistema Distrital de Prevención y Atención de Emergencias -SDPAE-, en el Sistema Distrital de Gestión de Riesgo y Cambio Climático-SDGR-CC, se actualizan sus instancias, se crea el Fondo Distrital para la Gestión de Riesgo y Cambio Climático "FONDIGER" y se dictan otras disposiciones.
- Resolución 1016 de 1989: Por la cual se reglamenta la organización, funcionamiento y forma de los programas de Salud Ocupacional que deben desarrollar los patronos o empleadores en el país.
- Resolución 1401 de 2007: establece las normas mínimas de seguridad en el trabajo que todos los empleadores en Colombia deben cumplir para proteger a sus trabajadores de accidentes y enfermedades ocupacionales.
- Resolución 2346 de 2007: por la cual se regula la práctica de evaluaciones médicas ocupacionales y el manejo y contenido de las historias clínicas ocupacionales.
- Resolución 2646 de 2008: por la cual se establecen disposiciones y se definen responsabilidades para la identificación, evaluación, prevención, intervención y monitoreo permanente de la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo y para la determinación del origen de las patologías causadas por el estrés ocupacional.

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

- Resolución 390 del 30 de mayo de 2017: “Por la cual se actualiza el Plan Nacional de Formación y Capacitación”.
- Resolución 4886 de 2018: Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental.
- Resolución 0312 de 2019: por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SGSST.
- Resolución 240 de 2021: por la cual se establece la Política y los Objetivos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST de la Secretaría Distrital de Salud.
- Resolución 372 de 2022: por la cual se establecen las responsabilidades generales y los mecanismos de rendición de cuentas frente al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST de la Secretaría Distrital de Salud.
- Resolución 2764 de 2022: “Por la cual se adopta la Bateria de instrumentos para la evaluación de factores de Riesgo Psicosocial, la Guía Técnica General para la promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos en la población trabajadora y sus protocolos específicos y se dictan otras disposiciones”.
- Circular 064 de 2020: Acciones mínimas de evaluación e intervención de los factores de riesgo psicosocial, promoción de la Salud Mental y la prevención de problemas y trastornos mentales en los trabajadores, durante la actual emergencia sanitaria por el SARS-CoV-2 (COVID-19) en Colombia.
- Plan Nacional de Formación y Capacitación 2020 - 2030 - marzo de 2020.
- Guía Metodológica para la implementación del Plan Nacional de Formación y Capacitación (PNFC).
- NTC 4114:1997: Seguridad Industrial. Realización de inspecciones planeadas.
- GTC 45001 de 2012 es la guía para la identificación de peligros y la valoración de riesgos en seguridad y salud de los trabajadores.

## 4.2 Internos

De acuerdo con lo establecido institucionalmente para el direccionamiento del SG-SST, se establecieron los siguientes documentos:

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

Código	Título Documento
SDS-THO-PRG-008	Programa de conservación auditiva
SDS-THO-PRG-011	Programa de conservación visual
SDS-THO-PRG-009	Programa de gestión de riesgo químico
SDS-THO-PRG-003	Programa de inspecciones de seguridad
SDS-THO-PRG-007	Programa de promoción y prevención: estilos de vida saludable
SDS-THO-PRG-016	Programa de prevención de accidentes en tareas de alto riesgo
SDS-THO-PRG-007	Programa de reintegro, reincorporación laboral y discapacidad
SDS-THO-PRG-010	Programa de riesgo público
SDS-THO-PRG-006	Programa de seguridad, orden y aseo
SDS-THO-PRG-004	Programa de vigilancia epidemiológica para la prevención de desórdenes musculoesqueléticos
SDS-THO-PRG-005	Programa de vigilancia epidemiológica para la prevención del riesgo psicosocial
SDS-THO-PRG-013	Programa de vigilancia epidemiológica para la prevención y control del riesgo biológico asociado a covid-19
SDS-THO-PRG-015	Programa prevención de accidentes laborales
SDS-THO-PL-001	Plan de Prevención, Preparación y Respuesta de Emergencias
SDS-THO-PL-002	Plan Institucional de Capacitación
SDS-THO-PL-008	Plan Estratégico del Talento Humano
SDS-THO-PL-010	Plan estratégico de Seguridad Vial

El desarrollo de la presente auditoria se realizó a través de muestra cuantitativa-cualitativa para llevar a cabo la verificación de los instrumentos de seguimiento POGD y SEGPLAN y los diferentes instrumentos establecidos por parte SG-SST para la gestión para dar cumplimiento a su misión.

## 5. METODOLOGÍA UTILIZADA.

Esta auditoría de evaluación de la gestión con énfasis en riesgos se desarrolló con apoyo de diversos instrumentos de auditoría como la inspección documental, entrevistas, aplicación de pruebas analíticas de cumplimiento y de doble propósito, así como, información analizada mediante lista de chequeo aprobada. Una vez efectuada la verificación, se emite informe preliminar, sobre el cual los auditados exponen sus observaciones y aclaraciones dentro de los términos establecidos en el procedimiento de auditorías;

Efectuada la mesa de cierre se emite el informe final, el cual servirá como base para la formulación de un plan de mejoramiento, el cual, será aprobado por el equipo auditor.

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

Finalmente, las acciones de mejora definidas en el plan aprobado serán registradas en la plataforma (ISOLUCION) dispuesta para el respectivo seguimiento, hasta su cierre.

## 6. ANÁLISIS DE INFORMACIÓN Y DE DATOS.

### Esquema de las Líneas de Defensa

En el marco de las competencias conferidas en el artículo 38 del Decreto 507 de 2013, función 2. Implementar y evaluar, los planes y programas institucionales sobre bienestar social laboral, formación y capacitación, y seguridad y salud en el trabajo, de acuerdo con las políticas de la Secretaría y las normas que regulan la materia, se precisa que la Dirección de Gestión del Talento Humano ejecuta las acciones correspondientes como Segunda Línea de Defensa de acuerdo a lo establecido en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), asegurando los temas del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

De acuerdo con lo anterior, la planeación, ejecución, verificación, mejora continua y aseguramiento de los temas relacionados anteriormente, se encuentran delegados a los diferentes profesionales de la Dirección, quienes ejecutan las actividades de segunda línea de defensa conforme al monitoreo de los Planes Operativos de Gestión y Desempeño, aplicación y cumplimiento de los mecanismos constituidos dentro del Sistema de Gestión de Calidad, permitiendo adelantar procesos de seguimiento y verificación con un enfoque basado en riesgos, emitiendo lineamientos institucionales, formatos, informes de gestión y resultados, los cuales, permiten evidenciar el avance de la gestión dentro de las dependencias de la Entidad, orientando a la 1ª línea de defensa, así como a la línea estratégica.

### 6.1 AMBIENTE DE CONTROL

#### 6.1.1 Programas del SG-SST

##### 6.1.1.1 Programas y sistemas de vigilancia epidemiológica del SG-SST

Atendiendo la normatividad vigente, la Dirección de Talento Humano ha implementado programas y sistemas de vigilancia epidemiológica que promueven la sostenibilidad y la protección de la salud de los trabajadores, trabajando de manera integral para promover medidas preventivas y correctivas en el entorno laboral. Dichos programas se han implementado de acuerdo con los peligros y riesgos identificados en la Entidad; cuentan con objetivos, metas e indicadores establecidos en documentos codificados dentro del SGC de la entidad. En total, el proceso cuenta actualmente con 14 programas en el aplicativo ISOLUCIÓN.

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

Como parte de la información requerida al equipo auditado, se solicitaron los cronogramas con la programación de actividades planeadas para el 2024, sin embargo, sólo se allegaron 9 cronogramas de los 12 programas implementados y registrados en ISOLUCIÓN que hacen parte de identificándose que no se realizó la respectiva planeación de actividades para los siguientes programas:

- Riesgo Público
- Seguridad, Orden y Aseo
- Vigilancia Epidemiológica para la Prevención del Riesgo Biológico Asociado a COVID – 19.

Es importante anotar que se allegó adicionalmente, un cronograma del año 2024 para riesgo biológico, sin embargo, dentro del SGC en el aplicativo ISOLUCIÓN no se cuenta con un programa documentado específicamente para este riesgo.

En el desarrollo de la presente auditoría se realizó la verificación de 5 programas atendiendo la importancia que revisten actualmente en la entidad:

- Programa de Gestión de Riesgo Químico
- Programa de Inspecciones de Seguridad
- Programa de Prevención de Accidentes en Tareas de Alto Riesgo
- Programa de vigilancia epidemiológica para la prevención del riesgo psicosocial
- Programa prevención de accidentes laborales

A continuación, se describen algunas observaciones para cada uno de los programas verificados:

#### 6.1.1.2 Programa de gestión de riesgo químico

Una vez revisados los soportes remitidos y acorde con la información recolectada en mesa de trabajo realizada el 26-08-2024, se presentan las siguientes observaciones:

- El documento “Programa de Gestión de Riesgo Químico (SDS-THO-PRG-009)” se encuentra desactualizado, la versión publicada en el aplicativo ISOLUCIÓN tiene fecha de creación 08-06-2020.
- El objetivo definido en el Programa no es coincidente con el objetivo registrado en el cronograma (SDS-THO-FT-070 V2).
- El nombre del programa no es coincidente entre el programa y el cronograma.
- En verificación de la información remitida por el proceso y relacionada con los productos químicos utilizados para “mantenimiento” en el laboratorio se encontró:

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

- **Insumos de plomería:** se encuentra registrado un elemento en la matriz de inventario y caracterización de productos químicos (desinfectante), sin embargo, no se indica la composición del producto y los datos requeridos en el formato están incompletos.
- **Pinturas e impermeabilizantes:** se encuentra registrado un producto, la Brea de alquitrán de hulla; la información registrada se encuentra incompleta.

Dentro de los soportes remitidos se encuentran fichas técnicas de productos no registrados en la matriz de inventario y caracterización:

... > RIESGO QUÍMICO > FICHAS TÉCNICAS E INVENTARIO PRODUCTOS MANTENIMIENTO > PINTURAS - IMPERMEABILIZANTES			
Nombre	Modificado	Modificado por	
5.1 MANTO ASFALTICO.pdf	27 de agosto	Sandra Milena, Gutierr	
5.2 EMULSION ASFALTICA.pdf	27 de agosto	Sandra Milena, Gutierr	
5.3 BREA.pdf	27 de agosto	Sandra Milena, Gutierr	
5.4 PINTURA ANTIBACTERIAL X GALON.pdf	27 de agosto	Sandra Milena, Gutierr	
5.5 LACA.pdf	27 de agosto	Sandra Milena, Gutierr	
5.6 CINTA MALLA.pdf	27 de agosto	Sandra Milena, Gutierr	
Matriz PINTURAS - IMPERMEABILIZANTES.xlsx	27 de agosto	Sandra Milena, Gutierr	

- La matriz de caracterización de productos químicos no se encuentra codificada, se remiten como soporte 12 archivos denominados: “Matriz inventario SDS 2022” y un archivo 2023 correspondientes al área de Vigilancia del Ambiente y el consumo (VAC) de los laboratorios de Microbiología de alimentos, Microbiología de medicamentos, Aguas, Bebidas alcohólicas, Derivados lácteos, Harinas, Leches, Panelas, Sales, y de toxicología año 2022 y 2023. Igualmente se evidencian archivos con las fichas de seguridad del laboratorio fabricante para cada área. Para el área de Vigilancia de Enfermedades se adjuntó la matriz de inventario de productos químicos utilizados en los laboratorios de Citopatología, Entomología, Inmunología, Micobacterias, Microbiología, Parasitología, Vigilancia genómica y virología, no se adjuntaron las fichas de seguridad.
- Se evidencia en soportes remitidos “Informe de identificación de peligros, evaluación y valoración de riesgos, diagnóstico de condiciones de exposición a sustancias químicas de alto riesgo y gestión integral del riesgo químico” adelantado por la Consultoría de gestión de Riesgos Suramericana en el mes de junio de 2024. En su metodología se realizó la revisión de las matrices de inventario y caracterización de peligros de los 12 laboratorios del área de Vigilancia del Ambiente y el consumo, identificando 385 sustancias listadas y revisadas; se revisó la clasificación de peligros de las sustancias químicas de cada laboratorio; se definieron los criterios de priorización de sustancias químicas con potencial de generar accidentes de trabajo graves o severos y emergencias; se realizó el análisis y la identificación de

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

los productos químicos prioritarios para seguridad, se consolidaron los hallazgos identificados y se elaboró un informe con resultados y recomendaciones. De forma concisa se listan los 5 hallazgos reportados:

- Se identificaron 7 sustancias tóxicas clasificadas como “mortales” por ingestión o inhalación.
- El mayor riesgo de generación de accidente de trabajo son las sustancias químicas corrosivas, para un total de 38 distribuidas en todos los laboratorios del área.
- Se encontraron 23 productos químicos inflamables que tienen potencial riesgo de generar incendios en caso de manejo y almacenamiento inadecuado.
- Se encontró un producto que puede reaccionar violentamente en contacto con el agua desprendiendo gases inflamables.
- Se emplean 12 productos comburentes que pueden facilitar la ignición de otras sustancias químicas.

El informe incluye orientaciones y recomendaciones sobre uso y almacenamiento seguro de los productos químicos, así como, se indica “incluir en el plan de emergencias y análisis de amenazas y vulnerabilidades los posibles escenarios de riesgo asociadas al uso y almacenamiento de las sustancias químicas priorizadas para seguridad: intoxicación aguda, incendio o explosión, contacto con sustancias químicas corrosivas para los ojos y la piel”.

Dentro de los soportes remitidos en el desarrollo de la auditoría no se evidenció estudio similar en el año 2024 para el área de Vigilancia de Enfermedades.

*Dentro de la Matriz de registro y seguimiento a la ejecución de las acciones de mejora del SG-SST (no codificada), remitida como soporte, no se encuentran registrados dichos hallazgos para el año en curso.*

Se evidenció en mesa de trabajo del 26-08-2024 que no se realiza una evaluación periódica de la efectividad de las medidas de control recomendadas y/o implementadas como resultado de las asistencias técnicas e inspecciones, generando un riesgo para el proceso, por tanto, es importante adelantar la gestión necesaria para poner en práctica las orientaciones y recomendaciones sobre uso y almacenamiento seguro de los productos químicos, así como, la inclusión en el plan de emergencias y análisis de amenazas y vulnerabilidades, los posibles escenarios de riesgo asociadas al uso y almacenamiento de las sustancias, en atención al informe adelantado por la Consultoría de gestión de Riesgos Suramericana en el mes de junio de 2024.

En relación con el Formato SDS-THO-FT-070 - Cronograma de Actividades Programas SST del año 2024 allegado como soporte, se pudo evidenciar lo siguiente:

Indicador de cumplimiento:

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

- En general las actividades adelantadas relacionadas en el formato para cada trimestre no corresponden específicamente a las planeadas (en área o dependencia propuesta o en el tipo de actividad)
- Las actividades adelantadas y relacionadas de forma mensual no son acorde en número con las actividades registradas en la tabla de cumplimiento del cronograma.
- Para el mes de mayo se adelantó una actividad no planeada.
- La actividad “Actualizar la base de expuestos a sustancias químicas en laboratorios y BYS” se encuentra registrada en el cronograma, sin embargo, no se registra la fecha programada, ni la ejecución.
- No evidenció el registro del análisis del indicador de cumplimiento.

#### Indicador de Cobertura:

- No se identifica la población objeto: Número de colaboradores que según características laborales hacen parte del programa en el periodo de análisis.
- Las fórmulas en el formato no se encuentran acorde con los datos registrados en la tabla de consolidación de resultados trimestrales. Adicionalmente, para el segundo trimestre no se encuentran datos.
- Dado que no se encuentran todas las actividades registradas, el total de personas convocadas y participantes no se ajusta al dato real.

#### Cobertura de las capacitaciones:

- Las capacitaciones registradas en el segundo trimestre no se encontraban planeadas.
- Para la capacitación realizada al área de mantenimiento no coinciden la fecha ni el número de personas del acta remitida con lo registrado en el formato de cronograma.
- El listado de asistencia de capacitación virtual en riesgo químico al personal del laboratorio allegado en los soportes corresponde al año 2023.
- Se registraron capacitaciones solamente para el segundo **trimestre** de 2024, sin embargo, en el cuadro consolidado de cobertura de capacitaciones se encuentran datos para el primer y tercer trimestre. El formato no se encuentra debidamente formulado.
- No se evidenció el registro del análisis trimestral del indicador de cobertura.
- Las actas de capacitaciones se encuentran con espacios en blanco, las listas de asistencia no se han cerrado.

Revisados los soportes allegados en relación con el Programa de Gestión de Riesgo Químico y verificado el cronograma de actividades correspondiente, se evidencian debilidades en el registro relacionadas con la claridad, completitud y veracidad de la información de la gestión adelantada, lo cual genera un incumplimiento a la ley 87 en su artículo 2.

	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz / Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

Revisada la matriz de identificación de peligros y valoración de riesgos se encontraron 12 riesgos por exposición a sustancias químicas clasificados con un nivel de riesgo e intervención superior a 600, con una intervención del nivel del riesgo clase I y clasificación de No aceptabilidad del riesgo, lo cual tiene como significado según la GTC 045: *“una situación crítica. Suspender actividades hasta que el riesgo esté bajo control. Intervención urgente.* Lo anterior implica la elaboración de un plan de acción que incluya el tipo de control y la urgencia con que se deberán proporcionar las medidas de intervención. Así como revisar la conveniencia del plan de acción, su mantenimiento y actualización”. Según el nivel de deficiencia (alta) deberán ser muestreados con cierta frecuencia con el fin de vigilar el comportamiento de las concentraciones. Se requieren controles médicos y ambientales, con medidas técnicas correctoras de fácil ejecución. (GTC 045).

Teniendo en cuenta los datos mencionados y consignados en la matriz de identificación de peligros y valoración de riesgos y de acuerdo con las mesas de trabajo y la inspección realizada en campo al Laboratorio de Salud Pública, no se evidencia la gestión realizada por parte del equipo de SST frente al seguimiento de los riesgos identificados, involucrando actividades de intervención y capacitación.

### 6.1.1.3 Programa de inspecciones de seguridad

Acorde a la información remitida y a la mesa de trabajo realizada el 26-08-2024 se presentan las siguientes observaciones:

- El documento “PROGRAMA DE INSPECCIONES DE SEGURIDAD Código: SDS-THO-PRG-003 V.2” se encuentra desactualizado, la versión publicada en el aplicativo ISOLUCIÓN tiene fecha de creación 04-05-2021.
- Según lo definido en el documento Programa de inspecciones de seguridad, la gestión se evaluará por medio de Indicadores de proceso y gestión (cumplimiento) y de impacto, sin embargo, en el formato SDS-THO-FT-061 se encuentra solamente definido el indicador de cumplimiento para el cual, están parcialmente diligenciados los porcentajes de cumplimiento de las actividades. Igualmente, no se encuentra definida la meta.
- No se programaron actividades para el primer trimestre de 2024. Se evidencian dos informes de inspecciones al laboratorio de contención BSL -3 del 4 piso del edificio de salud pública (no ha iniciado funcionamiento), en los meses de abril de 2023 y en mayo de 2024 por solicitud de la Dirección Administrativa, con el fin de identificar posibles riesgos para la salud de los trabajadores, por lo cual, no se encuentra dentro del cronograma. Para las áreas del laboratorio que se encuentran en funcionamiento no se han realizado inspecciones en 2024.

	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

- El formato SDS-THO-FT-061 de cronograma de inspecciones no permite registrar, ni hacer seguimiento de las actividades adelantadas, tanto de las inspecciones planeadas como de las no planeadas. No se evidencia registro consolidado de las inspecciones no planeadas.
- De acuerdo con lo definido en el programa de inspecciones, la verificación de equipos y elementos para la atención de emergencias se debe realizar con una frecuencia anual, sin embargo, en el cronograma se registra “fechas de entrega de informe” con periodicidad semestral. Teniendo en cuenta que, según el programa, el proceso de inspecciones implica varias etapas entre ellas analizar la información y priorizar los problemas definiendo acciones correctivas y preventivas, es importante que el proceso se ajuste a lo definido en el programa con el fin de evitar desgaste operativo del personal.
- No se evidencia dentro de los soportes remitidos la inspección planeada y ejecutada en el cronograma para la necesidad inspección de extintores y gabinetes al edificio administrativo para el mes de abril; inspección equipo de soldadura y equipo de trabajo en alturas programados para junio y julio respectivamente.
- No se encuentra registrado el análisis del indicador en el formato SDS-THO-FT-061.
- Dentro de los soportes remitidos para verificar las actividades adelantadas en el programa de inspecciones se encuentran 15 informes de inspecciones realizadas en 2024, una de 2023, un informe sin fecha de elaboración y un informe de concepto técnico mobiliario de puestos de trabajo adelantado por la ARL POSITIVA en julio de 2024. De los informes anteriores solo uno se encontraba planeado en el cronograma de inspecciones 2024. Es de anotar que, los informes de inspecciones mencionados no cuentan con formato codificado ni controlado. Se adjuntaron dos formatos de inspección locativa con código FT-SST-000 sin logo, del año 2022. Se adjuntó archivo con formato de inspecciones de herramienta diligenciado en mayo de 2024, el cual, no se encuentra codificado. Se adjunta formato con código SDS-THO-FT-073 V1, lista de chequeo inspección programa seguridad, orden y aseo, diligenciado para 6 dependencias, no se indica el año de diligenciamiento, la versión vigente en el aplicativo ISOLUCIÓN es la V3.
- En cuanto a las acciones correctivas, preventivas y oportunidades de mejora registradas en la matriz de avances del año 2023, la cual se adjuntó a los soportes de gestión del programa, es de anotar que, se incluye una columna de seguimiento por parte del LSP, sin embargo, se identifica discordancia en el seguimiento, dado que, 13 acciones cerradas por el LSP se encuentran abiertas por el equipo SST, sin reporte de seguimiento, con fechas de hallazgo desde el 2020. Igualmente, de los 15 hallazgos y las 5 recomendaciones levantadas en el informe de la visita al BSL-3 se remite como soporte por el proceso auditado un archivo en Excel de

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

seguimiento a inspección donde se registran solamente 6 hallazgos y 4 recomendaciones.

- En general se evidencia que, el programa de inspecciones como se encuentra definido actualmente no se está ejecutando, ya que, según lo reportado por el proceso, las inspecciones se realizarán como parte de los demás programas adelantados, por lo tanto, es necesario que se ajusten y documenten los criterios para el desarrollo de dichas inspecciones en todos los programas que hacen parte del proceso, lo que implica la actualización documental de los mismos en el aplicativo ISOLUCIÓN.

#### 6.1.1.4 Programa de prevención de accidentes en tareas de alto riesgo

Como parte del Programa de Prevención de Accidentes en Tareas de Alto Riesgo se encuentran identificadas las siguientes actividades:

- Identificación de peligros y valoración de riesgos para trabajo en alturas
- Identificación de peligros y valoración de riesgos para trabajo en espacios confinados
- Actividades de trabajo eléctrico
- Actividades de trabajo en caliente

Igualmente, teniendo como marco normativo el Decreto 2090 de 2003, *Artículo 2º. Actividades de alto riesgo para la salud del trabajador, se consideran actividades de alto riesgo para la salud de los trabajadores, entre otras, los Trabajos con exposición a sustancias comprobadamente cancerígenas.*

Según las acciones correctivas, preventivas y oportunidades de mejora registradas en la matriz de avances del año 2023, aportadas por el proceso auditado, en el año 2020 se levantaron 4 hallazgos por parte de la ARL SURA relacionados con el uso de productos químicos clasificados como carcinógenos utilizados en el Laboratorio de Salud Pública. Igualmente, en informe de la ARL Positiva del año 2022 denominado "Asistencia Técnica para la Identificación de los Riesgos Higiénicos, realizado a la entidad, se reportan 9 sustancias con clasificación de cancerígenas, sin embargo, en mesa de trabajo del 26-08-2024, se informa al equipo auditor que no se han identificado sustancias de alto riesgo para la salud del trabajador en cuanto a exposición a sustancias comprobadamente cancerígenas. De otro lado, verificando las tablas de sustancias químicas priorizadas por seguridad del LSP allegadas como soporte por el proceso auditado, se identifican al menos 5 sustancias clasificadas por la Agency for Research on Cancer (IARC), dependencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS), como carcinógeno para los seres humanos (Formaldehido, ácido sulfúrico (vapores), acetato de etilo, tolueno y hexano). *(Revisado en Manual de Agentes Carcinógenos de los Grupos 1 y 2a de la IARC, De Interés Ocupacional*

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

*Para Colombia del Ministerio de la Protección Social, 2006). A la fecha las acciones identificadas por SURA permanecen abiertas.*

De igual forma, dentro de la matriz “Pinturas – impermeabilizantes” se encuentra el producto químico “Brea de alquitrán de hulla”, la cual, es un componente de las pinturas empleadas para el mantenimiento de las instalaciones, esta sustancia se encuentra clasificada como agente carcinogénico químico de interés ocupacional, IARC, grupos 1 y 2A.

En general y de acuerdo a lo evidenciado en el desarrollo de la auditoría se encuentra que para el año 2024 no se cuenta con un cronograma de actividades para el programa de prevención de accidentes en tareas de alto riesgo, así mismo, no se tiene identificada por parte del equipo de SST la exposición a sustancias comprobadamente cancerígenas de las que trata el numeral 4 del Decreto 2029 de 2003, y por tanto no se han realizado las correspondientes evaluaciones requeridas por las ARL, con el fin de tomar las medidas necesarias para mitigar o eliminar el riesgo, lo anterior, generando un riesgo para la salud de los trabajadores e incumpliendo al normatividad vigente (Decreto 1072 de 2015 artículo 2.2.4.6.15 Parágrafo 2, Resolución 0312 de 2019, Artículo 16. Estándares Mínimos y Decreto 2090 de 2003, Artículo 2º).

### **6.1.1.5 Programa prevención de accidentes laborales**

Revisado el cronograma de actividades programadas para 2024, y lo evidenciado en el desarrollo de la auditoría se presentan las siguientes observaciones:

- El objetivo definido en el Programa Prevención de Accidentes laborales (SDS-THO-PRG-015 V1) no es coincidente con el objetivo registrado en el cronograma (SDS-THO-FT-070 V2).
- Los indicadores definidos en el Programa Prevención de Accidentes laborales para la verificación del cumplimiento de actividades no corresponden a los registrados en el cronograma de actividades.
- Los indicadores de accidentalidad son registrados de forma mensual en la Ficha técnica de indicadores acorde al programa, sin embargo, no se revisan y presentan de forma trimestral en el informe de accidentes de trabajo (allegado) como se define en el programa.
- Las inspecciones de seguridad se reportan dentro de la cobertura de otras actividades realizadas en el formato SDS-THO-FT-070, evidenciándose una (1) inspección el 24/06/2024 al área de mantenimiento. No se evidencian inspecciones de seguridad a otras áreas.
- Las actividades registradas no corresponden a los meses del respectivo trimestre, no hay claridad y coherencia en el registro.
- No se registra el análisis trimestral del indicador en el formato el SDS-THO-FT-070.
- En relación con la cobertura de las actividades adelantadas no se tiene en cuenta el número de trabajadores que laboran o están contratados en el año para calcular

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

el indicador, observándose que el total de personas a intervenir tanto para las actividades programadas como para las capacitaciones es una (1). Por lo anterior se evidencian debilidades en la planeación, ejecución y análisis de las actividades programadas.

- De acuerdo con el informe consolidado de accidentalidad remitido por el proceso auditado, en lo corrido del año 2024, se han presentado 18 accidentes laborales, con una distribución por género de 83% femenino y 17% masculino, con predominio de edad entre los 45 y 59 años. Según la clasificación se han presentado 2 tipos, por caída de personas y por pisadas, choques o golpes. Según el tipo de lesión predominó al 100% el golpe, contusión o aplastamiento. En el 61% de los accidentes el agente de lesión fue el ambiente de trabajo, generando en total 34 días de incapacidad, con un 74% de ocurrencia en el mes de febrero. Teniendo en cuenta los datos mencionados no se evidencia la investigación de los 18 accidentes laborales reportados en lo corrido del año 2024, generando incumplimiento al artículo 16 de la Resolución 312 de 2019 y el Decreto 2.2.4.6.22. numeral 5. Siendo este insumo para definir acciones para otros trabajadores potencialmente expuestos, se configura un potencial riesgo de recurrencia de este tipo de accidentes.
- Según lo reportado en mesa de trabajo del 26-08-2024 y verificado en el aplicativo ISOLUCIÓN no se cuenta con un procedimiento estandarizado para la ejecución segura de tareas críticas.
- Según lo reportado en mesa de trabajo del 26-08-2024 no se realizan capacitaciones continuas en prevención de accidentes laborales para todo el personal de la entidad.
- Se evidenció que no se revisa periódicamente la efectividad del programa de prevención de accidentes, ni se generan ajustes cuando es necesario.

#### **6.1.1.6 Programa de vigilancia epidemiológica para la prevención del riesgo psicosocial**

Revisado el cronograma de actividades programadas para 2024, y lo evidenciado en el desarrollo de la auditoría se presentan las siguientes observaciones:

- Las metas para los indicadores definidos en el Programa de Prevención y Control del Riesgo Psicosocial (cumplimiento y cobertura) no son concordantes con las metas de los indicadores registrados en el cronograma.
- Acorde a la meta propuesta en el cronograma de actividades (70%), la cobertura se encuentra por debajo de la meta trimestral (53% para el trimestre I y 67% para el trimestre II), sin embargo, se evidencia la realización de 49 capacitaciones adelantadas en el primer y segundo trimestre de 2024, con un total de 911 asistentes, igualmente, se registra un total de 63 actividades para el mismo periodo con participación de 679 personas. Es de anotar que el formato no se encuentra debidamente formulado para su medición y análisis, por lo cual,

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

los datos registrados en el ítem de resultados de indicadores no son concordante con los datos registrados en la descripción de actividades.

- Dentro de las actividades reportadas en la planeación y que figura como ejecutada en el formato SDS-THO-FT-070 se encuentra el seguimiento a trabajadores en trabajo virtual extraordinario, sin embargo, no se encuentra relacionada dentro de la cobertura de las actividades realizadas.
- No se registra el análisis trimestral del indicador en formato SDS-THO-FT-070.
- No se han realizado evaluaciones de seguimiento para asegurar la mejora continua en la gestión del riesgo psicosocial.

Por lo anterior, a pesar de que se evidencia en los soportes allegados un gran número de actividades ejecutadas en el marco del Programa de Vigilancia Epidemiológica para la prevención del riesgo psicosocial que redundan en el mejoramiento de las condiciones laborales y de salud de los trabajadores, se evidencian algunas debilidades en el registro, relacionadas con la claridad, completitud y veracidad de la información consignada en el formato SDS-THO-FT-070 Cronograma de Actividades Programas SST.

De forma general, revisados los programas de prevención y vigilancia epidemiológica actualmente vigentes en la plataforma ISOLUCIÓN se evidencia que se encuentran elaborados como informes periódicos, perdiendo su vigencia con el término del periodo reportado, por lo cual, es necesario ajustarlos para que permitan su consulta de forma dinámica y sean una guía para el desarrollo de las actividades propias de cada programa. Teniendo en cuenta las debilidades reportadas en la planeación, registro, ejecución y seguimiento de los programas verificados se evidencia un potencial riesgo para la protección de la seguridad y la salud de los trabajadores, acorde con lo establecido en la normatividad vigente.

### **6.1.2 Plan de prevención, preparación y respuesta de emergencias**

El Plan de Prevención, Preparación y Respuesta de Emergencias de la SDS es un documento enfocado en la prevención, preparación y atención de las emergencias, con el objetivo de responder oportuna y eficazmente a eventos no deseados mediante el fortalecimiento de competencias y habilidades al comité y brigada de emergencias y la socialización del mismo a todas las partes interesadas, garantizando la consolidación de brigadas de emergencia, dotándolas con los equipos necesarios para desempeñar su rol, así como elementos de protección personal y sistemas de comunicación.

Este plan tiene como fin orientar la respuesta en caso de emergencias internas, estableciendo los procedimientos operativos que faciliten la acción oportuna y eficiente, la coordinación para el manejo de todas las fases de emergencia en coordinación de la Dirección de Urgencias y Emergencias de la Secretaría de Salud (DUES), la Dirección Administrativa y la Dirección de Gestión del Talento Humano a través del Subsistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. (PLAN DE PREVENCIÓN, PREPARACIÓN Y RESPUESTA DE EMERGENCIAS - SDS-THO-PL-001).

	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

- El documento se encuentra desactualizado en representante legal, plano de ubicación geográfica.
- No es claro el flujograma para la cadena interna de llamadas ante una emergencia, dado que, según el flujograma actual, iniciada la emergencia se debe notificar directamente por parte del servidor o del guarda de seguridad al comandante del incidente, que corresponde para la entidad, al Subsecretario de Servicios de Salud y Aseguramiento y de este a jefes de sección, al oficial de enlace y jefe de brigada.

Revisada la información aportada en el ejercicio de auditoría y según lo verificado en mesa de trabajo adelantada el 28 de agosto de 2024, se presentan las siguientes observaciones:

- La denominación de las metas definidas en el Plan de Prevención, Preparación y Respuesta de Emergencias no concuerdan con las metas registradas en el respectivo cronograma.
- En el cronograma de actividades del plan no se registra el porcentaje de las metas esperadas según el Plan de Prevención, Preparación y Respuesta de Emergencias.
- Los indicadores definidos en el Plan no corresponden a los evaluados en el cronograma.
- La actividad de inspecciones a sistemas de emergencia (extintores, rutas de evacuaciones) programada para marzo, no se encuentra registrada dentro de la cobertura de otras actividades realizadas en el cronograma, igualmente, no se registra ninguna actividad en este ítem, sin embargo, en los indicadores de cumplimiento del cronograma se reporta un 100%. Al respecto, en los soportes allegados, se adjunta cronograma de inspecciones programadas a extintores y gabinetes para los meses de abril, junio y julio, no concordando con cronograma del Plan de emergencias; en archivo en Excel se registra inventario de extintores, pero no se indica la fecha de levantamiento de la información. No se programaron para el primer semestre de 2024 inspecciones de rutas de evacuación.
- No se describe en el formato del cronograma el análisis trimestral del indicador.
- Todos los resultados de cobertura del Plan registrados en el cronograma se encuentran por debajo del 80%; no se encuentra definido este porcentaje de cobertura para las actividades propuestas.
- No se evidencia la realización de inspecciones y revisiones técnicas en prevención de incendios y seguridad humana y las respectivas certificaciones de seguridad emitidas por Bomberos según lo definido en la Ley 1575 de 2012 artículo 42, generando una no conformidad.

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

Según lo reportado por el equipo auditado actualmente no se encuentra activo el comité de emergencias, siendo esta la máxima autoridad responsable de prevenir y preparar las acciones de coordinación de una emergencia, se configura un incumplimiento al numeral 11.1.4 del Plan de Prevención, Preparación y Respuesta de Emergencias.

Según lo reportado por el equipo auditado actualmente no se encuentra conformado el Comité de Ayuda Mutua (CAM) para trabajo conjunto con organizaciones localizadas en la misma zona geográfica las cuales pueden ofrecer y apoyar el control de las emergencias que se presenten, generando un riesgo operativo para la entidad.

### 6.1.3 Plan Anual de Trabajo - 2024

Se realizó la verificación de los controles realizados al seguimiento del Plan de Trabajo para el 2024, el cual tiene actividades de implementación del SG-SST, encontrando lo siguiente:

CUMPLIMIENTO PLAN DEL SG-SST 2024			
Etapas	Actividades planeadas	Actividades ejecutadas	Observaciones
PLANEAR	6	83%	Falta la actividad, <u>elaborar el documento de proyecto de presupuesto de gastos de funcionamiento para el año 2025.</u>
HACER	12	28%	Falta la ejecución de las siguientes actividades y se avanza parcialmente así:  El 0% de la actividad <u>Contar con la descripción sociodemográfica y el diagnóstico de las condiciones de salud de los trabajadores de la Entidad actualizado.</u>  El 50% de la actividad de <u>Socializar la Política del SG-SST a los colaboradores de la Secretaría Distrital de Salud y el Fondo Financiero Distrital de Salud a través del curso virtual de inducción o reinducción al SG-SST o los diferentes medios de comunicación internos, según la necesidad (nombramientos de personal en carrera administrativa, libre nombramiento, provisionalidad, contratación de prestación de servicios).</u>  El 40% de la actividad <u>Realizar actividades relacionadas en el Plan Institucional de Capacitación referentes a Seguridad y Salud en el Trabajo según cronograma de cada programa para la vigencia 2024.</u>  El 50% de la actividad <u>Desarrollar los programas de medicina laboral, estilos de vida saludables, prevención de riesgo biológico, reincorporación laboral y discapacidad, SVE para la prevención de desórdenes músculo-</u>

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)			
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos				

CUMPLIMIENTO PLAN DEL SG-SST 2024			
Etapas	Actividades planeadas	Actividades ejecutadas	Observaciones
			<p><u>esqueléticos, conservación visual, conservación auditiva y riesgo químico, SVE de riesgo psicosocial y programa de prevención de sustancias psicoactivas de conformidad con las prioridades identificadas en el diagnóstico de condiciones de salud y con los peligros/riesgos prioritarios.</u></p> <p><u>El 50% de la actividad Realizar la afiliación a la ARL del 100% del personal de planta y verificar la afiliación del 100% de los contratistas, según necesidad (nombramientos de personal en carrera administrativa, libre nombramiento en provisionalidad, contratación de prestación de servicios).</u></p> <p><u>El 0% de la actividad Realizar el proceso de conformación del Comité de Convivencia Laboral para el período 2024-2026.</u></p> <p><u>El 50% de la actividad Realizar acompañamiento en la reunión de COPASST cuando sea requerido, presentación de informes de accidentalidad y enfermedad laboral e informes solicitados, así como las capacitaciones pertinentes y necesarias para el buen funcionamiento del comité.</u></p> <p><u>El 0% de la actividad Realizar el acompañamiento al CCL para el análisis de los casos, según requerimiento realizado, así como actividades de capacitación según los temas acordados.</u></p> <p><u>El 0% de la actividad Desarrollar actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades y accidentes laborales en el marco de la semana de la salud</u></p> <p><u>El 42% de la actividad Investigar el 100% de los ATEL ocurridos en el periodo.</u></p> <p><u>El 0% de la actividad Actualizar tabla de retención documental con base a la normatividad legal vigente.</u></p>
VERIFICAR	6	46%	<p>Falta la ejecución de las siguientes actividades y se avanza parcialmente así:</p> <p><u>El 0% de la actividad Realizar como mínimo una auditoría interna anual, planeada con el COPASST</u></p>

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)			
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos				

CUMPLIMIENTO PLAN DEL SG-SST 2024			
Etapas	Actividades planeadas	Actividades ejecutadas	Observaciones
			El 50% de la actividad <u>Actualizar la matriz de requisitos legales verificando el cumplimiento de las normas vigentes aplicables</u>  El 25% de la actividad <u>Alimentar base de datos de indicadores y realizar seguimiento del SG-SST con base en los resultados de los mismos</u>  El 0% de la actividad <u>Validar el cumplimiento de las acciones y/o actividades de los planes de mejoramiento con el fin de lograr la mejora continua</u>
ACTUAR	3	50%	Falta la ejecución de las siguientes actividades y se avanza parcialmente así:  El 25% de la actividad <u>Definir e implementar las acciones necesarias para la mejora del SG-SST.</u>  El 25% de la actividad <u>Definir las acciones de mejora necesarias para disminuir los accidentes y las enfermedades laborales.</u>

Respecto al monitoreo del avance al corte 30 de junio de 2024, reportado el 15 de agosto, el SG-SST llevaba un avance del 44% de avance.

Los controles establecidos para el seguimiento de la ejecución de cada actividad, se presentan en las reuniones periódicas con actas de seguimiento; el líder del SG-SST realiza seguimiento con la dirección y muestra avances parciales en cada actividad planeada para el periodo.

En el desarrollo de la auditoria, se evidenciaron retrasos en algunos cronogramas de los programas, adicional a esto, se identificaron modificaciones en las actividades que pueden afectar el compromiso por parte del SG-SST, como lo es la Semana de la Salud.

De igual manera se evidenció retraso en la investigación de los accidentes reportados en la vigencia 2024, lo que puede generar cierta inconsistencia en el reporte presentado. Sin embargo, existen actividades de gestión que fueron efectuadas en los tiempos establecidos de manera eficaz.

#### 6.1.4 Plan de Seguridad Vial - PESV

Atendiendo la Resolución 4595 de 2022, se adopta la metodología para el diseño, implementación y verificación de los planes estratégicos de seguridad vial.

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

## Antecedentes del Plan

El plan fue actualizado inicialmente en 2019 bajo la Resolución 1219 y posteriormente en marzo de 2022 con la Resolución 586, que incluyó modificaciones en las funciones e integrantes del comité de seguridad vial. Sin embargo, la Resolución 4595 de julio de 2022 introdujo nuevos requisitos y cambios, clasificando a las entidades en niveles: básico, estándar y avanzado, según su actividad y número de vehículos o conductores. La Secretaría Distrital de Salud fue clasificada en el nivel básico, debido a que cuenta con 18 vehículos y 19 conductores.

El plan estratégico contiene 24 pasos, de los cuales 18 se aplican a la Secretaría debido a su clasificación en el nivel básico. Entre las áreas que no aplican para este nivel están el Comité de Seguridad Vial, la investigación interna de siniestros, la gestión del cambio y algunos registros documentales. Estos puntos fueron identificados durante la auditoría como posibles áreas de no conformidad, debido a la falta de alineación con la normativa actual.

## Cambios y Actualización del Plan

A pesar de la actualización del plan en 2022, surgió una nueva normativa en julio de ese mismo año (Resolución 4595), lo que generó la necesidad de realizar más ajustes. Esta resolución inició cinco programas clave, que reemplazaron los antiguos pilares del plan, a saber:

- Programa de gestión de velocidad segura (anteriormente política de velocidad segura).
- Programa de prevención de la fatiga.
- Programa de prevención de la distracción.
- Programa de cero tolerancias a la conducción bajo los efectos del alcohol y sustancias psicoactivas.
- Programa para la protección de actores viales vulnerables.

El equipo mencionó que, aunque estos programas han sido parcialmente implementados, algunos elementos clave del plan no han sido actualizados, como el cronograma y ciertas herramientas operativas. Además, se informa que ya no se cuenta con un comité de seguridad vial, el cual no fue eliminado formalmente conforme a las disposiciones de la nueva resolución.

## Ejecución del Plan y Recursos

El equipo de transporte informó en mesa de trabajo del 30-08-2024 que se han venido realizando diversas actividades relacionadas con el Plan de Seguridad Vial, como capacitaciones a los conductores, inspecciones periódicas de los vehículos, y la realización de pruebas de alcoholemia y drogas. Sin embargo, también se identifica que la gestión

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

documental y algunos registros no se han actualizado correctamente, lo que ha dificultado el seguimiento adecuado del plan.

Se mencionó que las pruebas de sustancias psicoactivas y alcoholemia son aplicadas con regularidad a los conductores, utilizando kits que permiten detectar hasta 10 tipos de sustancias. Sin embargo, no se cuenta con un cronograma de aplicación de estas pruebas, dado que es necesario realizarlas de forma imprevista para no sesgar su análisis. Asimismo, se ha implementado un sistema para realizar inspecciones de mantenimiento de los vehículos cada 10.000 kilómetros, aunque se destacó que no todos los vehículos recorren la misma cantidad de kilómetros, lo que dificulta el cumplimiento de un cronograma homogéneo.

Además, se han llevado a cabo actividades de sensibilización y formación para los conductores sobre temas como la fatiga, la distracción y la velocidad segura. También se mencionó que los conductores han recibido formación en primeros auxilios y el manejo de extintores.

**Auditorías al Plan Estratégico:** Es crucial que la entidad defina claramente los procedimientos y planes de acción que requieren un seguimiento riguroso para verificar su cumplimiento, de acuerdo con la operación. Las auditorías deben ser implementadas como mecanismo que facilite el mejoramiento con la verificación de actividades contempladas en el PESV. Para la vigencia del 2023 el Ministerio de transporte realizó una auditoria al Plan Estratégico de Seguridad Vial de la SDS, evidenciando que algunas acciones no cumplen con la normatividad vigente.

**Registro de Mantenimiento de Vehículos:** La Secretaría Distrital de Salud cuenta con informes de registro de mantenimiento de vehículos durante el periodo abril 2023 a junio 2024, de acuerdo con información suministrada por el proceso al equipo auditor.

**Capacitaciones en seguridad vial:** las capacitaciones relacionadas con el PESV se realizaron acorde al cronograma establecido para el año 2024. La cobertura reportada según el tema adelantado hasta agosto de 2024 fue la siguiente:

Fecha	Nombre de la capacitación	Dependencia o área intervenida	Conferencista	Total, asistentes	Personas convocadas	Cobertura
1/02/2024	Capacitación manejo de extintores	Subdirección de Bienes y Servicios	Proveedor	28	35	80%
1/02/2024	Capacitación flexibilidad mental	Subdirección de Bienes y Servicios y brigadistas SDS	SST	18	19	95%
7/03/2024	Capacitación Políticas PESV y señalización de tránsito	Subdirección de Bienes y Servicios	ARL	15	15	100%

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz / Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

4/04/2024	Capacitación Velocidad y factores de riesgo - Política de velocidad	Subdirección de Bienes y Servicios	Secretaria Distrital de Movilidad	17	17	100%
2/05/2024	Capacitación fatiga y sueño en la movilidad - Socialización de política de prevención de la fatiga	Subdirección de Bienes y Servicios	Secretaria Distrital de Movilidad	17	17	100%
6/06/2024	Capacitación accidentes de trabajo	Subdirección de Bienes y Servicios	ARL Positiva	14	14	100%

Como evidencia de las capacitaciones realizadas el proceso aportó los listados de asistencia para cada una de ellas.

**Plan de mantenimiento e inventario de vehículos:** El equipo auditor verificó el cumplimiento del plan de mantenimiento e inventario de vehículos de la entidad con su respectiva hoja de vida. Se evidenció un informe de acompañamiento técnico en inspección a vehículos acorde al Plan Estratégico de Seguridad Vial, realizado por Positiva Compañía de Seguros S.A.

**Protocolos emergencias viales:** En cuanto a este ítem se evidencia que existe una matriz de calificación e identificación de riesgos viales, donde se identifican las diferentes clases de riesgo con su evaluación respectiva y el peligro que conlleva.

**Inspecciones Diarias de Vehículos:** Se solicitó al proceso los formatos de inspección de los vehículos propiedad de la entidad, allegando un formato denominado inspección de vehículos - código SDS-BYS-FT-079 Versión 3, éste no se encontraba diligenciado, sin embargo, en la mesa de trabajo se evidenció carpeta con los formatos en mención diligenciados con el registro de las inspecciones respectivas, se hace la observación en campo al equipo auditado que no se encuentra diligenciado el ítem de observaciones como soporte para registrar datos fortuitos como días sin inspección por mantenimiento y otros.

**Incidentes de tránsito:** Para este ítem se evidencian reportes de siniestros de tránsito durante el año 2023, donde se identifica la circunstancia de tiempo y lugar del incidente.

**Campañas de seguridad vial:** Con relación a este ítem, se observa la documentación aportada por parte del proceso para vigencia 2024 donde se evidencia la realización de una campaña de sensibilización denominada "Como ser un mejor actor vial".

**Procedimiento de selección de conductores:** El procedimiento de ingreso y selección de conductores que ingresan a la Secretaría Distrital de Salud se fundamenta en la Ley 909 de 2004 "Por la cual se expiden normas que regulan el empleo público, la carrera administrativa, gerencia pública y se dictan otras disposiciones". En el Título V Capítulo I se

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

señalan los procesos de selección o concurso. En caso de que exista vacante definitiva o temporal en la planta de personal se realiza el proceso de acuerdo con la Ley en mención.

Proceso a cargo de la Comisión Nacional del Servicio Civil - CNSC, responsable de la administración y vigilancia de las carreras de los servidores públicos, excepción hecha de las que tengan carácter especial. El perfil requerido para cargo de conductor se encuentra descrito en el documento "Plan Estratégico de Seguridad Vial PESV" adoptado por la Entidad.

**Controles para el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas en conductores:** Con referencia a la Política de prevención de consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas, se verificó en mesa de trabajo con el proceso, ¿cómo se estaban realizando los exámenes preventivos a los conductores de la entidad? A lo cual se contestó por parte del proceso que se realizan pruebas de alcoholemia y drogas a todos los conductores de la SDS, se envió al grupo auditor el listado de asistencia de los conductores a dichas pruebas durante el año 2023; el laboratorio encargado de realizar las pruebas es Cendiatra.

**Control de velocidad:** Se han implementado medidas para el control de velocidad a través de la capacitación denominada "Velocidad y Factores de Riesgo - Política de Regulación de Velocidad" que se realizó en abril de 2024, se envió al grupo auditor listado de asistencia de los conductores de dicha capacitación.

**Revisión infraestructura vial interna para asegurar condiciones seguras:** Se verificó por parte del grupo auditor el cumplimiento de la infraestructura vial interna, el equipo de SST aportó informe realizado en junio de 2024 de Asesoría y acompañamiento técnico en inspección a parqueadero vehicular interno de la Secretaría Distrital de Salud realizado por Positiva Compañía de Seguros. Donde se verificó las siguientes acciones:

- Requisitos de la señalización.
- Aspectos claves de señalización.
- Criterios de inspección.

**Sanciones internas por incumplimiento de las normas de seguridad vial:** La SDS da cumplimiento de las normas de seguridad vial, dentro del marco del plan estratégico de seguridad vial en el trabajo, realizando aleatoriamente y de forma periódica pruebas de alcoholemia y de drogas de abuso a los conductores oficiales. Mediante memorando con fecha del 31 de mayo de 2024, se reportó falta disciplinaria contra un conductor oficial de la SDS, por resultado positivo para sustancias psicoactivas, evidenciando la aplicación de controles al respecto.

**Registro de incidentes viales:** Durante el año 2023, y en febrero de 2024 se reportó informe de siniestro de vehículos de la SDS determinando la circunstancia y modo del siniestro.

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

**Divulgación de políticas claras para uso de dispositivos electrónicos mientras se conduce:** El proceso evidencio capacitaciones de señalización de tránsito y política PESV 2024 y capacitación en PESV y normatividad en seguridad vial el 07-09-2023.

**Procedimiento idoneidad de los talleres de mantenimiento vehicular:** El proceso suministró actas de reunión, cuyo tema fue la presentación y revisión de obligaciones del proveedor, el objetivo fundamental fue tener claridad respecto a las obligaciones del proveedor.

**Problemas Identificados y No Conformidades:** Durante la reunión se identificaron varios problemas estructurales y desviaciones del plan respecto a los requisitos normativos, los cuales podrían derivar en no conformidades. Entre los principales problemas detectados se encuentran:

- *Desactualización del plan:* Algunas herramientas y el cronograma del plan no han sido actualizados conforme a la nueva normativa.
- *No derogación formal del comité de seguridad vial:* El comité, que ya no es requerido según la nueva clasificación, no fue eliminado dentro del plazo estipulado.
- *Falta de auditorías externas:* La entidad no ha realizado auditorías externas formales del plan de seguridad vial, como lo exige la normativa actual, lo que representa un incumplimiento.
- *Gestión documental deficiente:* algunos registros como los de mantenimiento y las capacitaciones, no están organizados o actualizados adecuadamente, lo que complica la verificación del cumplimiento.
- *Divulgación insuficiente de políticas de seguridad vial:* Aunque algunos empleados y contratistas están al tanto de las políticas de seguridad vial, no se ha garantizado que toda la organización esté adecuadamente informada.
- *Cumplimiento irregular del mantenimiento de vehículos:* No existe un cronograma uniforme para el mantenimiento de los vehículos, debido a la variación en los trayectos que recorren. La normativa exige un control más riguroso y basado en el tiempo, pero esto no se ha implementado correctamente.
- *Inconsistencias en las sanciones:* No se han aplicado sanciones de manera regular para los conductores que incumplan las normativas de seguridad vial, como lo exige la Resolución 4595.
- *Falta de protocolos actualizados para emergencias viales:* No se cuenta con protocolos de gestión de emergencias viales actualizados, lo que representa un riesgo operativo significativo.

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

## 6.2 EVALUACIÓN DEL RIESGO

### 6.2.1 Matriz de riesgos

En el documento denominado Matriz de Riesgos reportado por parte del proceso de Gestión del Talento Humano, se evidenció un riesgo operativo valorado y evaluado, respecto a los programas y sistemas de vigilancia epidemiológica del SG-SST, debido a la deficiencia en el seguimiento al Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo.

I. Descripción del Riesgo	J. Tipo de Riesgo	K. Clasificación del Riesgo	L. Factor de Riesgo	A. Frecuencia con la cual se realiza la actividad
Posibilidad de afectación económica y reputacional por Incumplimiento parcial al no ejecutar las actividades definidas en los programas y sistemas de vigilancia epidemiológica del SG-SST, debido a la deficiencia en el seguimiento al Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo.	Riesgo operativo	Ejecución y Administración de procesos	Procesos	27

Como parte de las conclusiones de la auditoria, después de evidenciar la magnitud del trabajo que ejecuta el equipo, las acciones que son adelantadas y los recursos que son invertidos durante las diferentes vigencias, se identifica que, este riesgo no cubre todas las actividades del SG-SST; aunque abarca los programas de vigilancia epidemiológica y el seguimiento del Plan de SST, hay otros aspectos importantes del SG-SST que no están incluidos. Al analizar el riesgo asociado al SG-SST, es pertinente que el proceso contemple lo siguiente:

- **Cobertura limitada del riesgo:** El riesgo se enfoca solo en los programas de vigilancia epidemiológica y no abarca otros riesgos críticos del SG-SST. Según la norma ISO 31000, se requiere una visión integral de los riesgos para incluir aspectos como la gestión de accidentes, peligros laborales y el cumplimiento normativo.
- **Falta de identificación completa de causas:** Aunque se menciona la deficiencia en el seguimiento del plan como una causa, no se identifican otras posibles causas del incumplimiento, como la falta de recursos, capacitación inadecuada, o problemas en la asignación de responsabilidades.
- **Análisis insuficiente de consecuencias:** Las consecuencias descritas (económicas y reputacionales) son correctas, pero faltan otras consecuencias importantes como los impactos en la salud y seguridad legal de los trabajadores, las sanciones que pueden surgir por el incumplimiento de normativas, o la posible interrupción operativa.

Por lo anterior es necesario realizar una ampliación del alcance del riesgo e incluir más controles, administrativos y operativos.

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)			
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz / Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos				

## 6.3 ACTIVIDADES DE CONTROL

### 6.3.1 Presupuesto 2023

Rubro	Inicial 20203	Valor contrato 2023	Estado	Recursos a liberar	Ejecutado a 31/12/2023	Saldo a 31/12/2023
Exámenes médicos	102.700.000	102.138.000	En ejecución acta de inicio 13/10/2023	562.000	8.064.664	94.000.000 reserva constituida
Elementos de protección personal	74.369.000	18.066.500	En ejecución acta de inicio 04/09/2023	56.302.500	18.066.500	-
Elementos ergonómicos	12.763.000	9.859.150	En ejecución acta de inicio 27/09/2023	2.903.850	9.859.150	-
Evaluaciones higiénicas	12.359.000	Recursos liberados	-	12.359.000	0	0
Botiquines	9.292.000	Recursos liberados	-	9.292.000	0	0
<b>Total</b>	<b>211.483.000</b>	<b>130.063.650</b>	-	<b>81.419.350</b>	<b>35.990.314</b>	-

Del total del presupuesto inicial \$211.483.000 se apropiaron \$130.063.650 que corresponde a 61.5 % del presupuesto inicial; de esto se demuestra debilidades bien sea en la planeación inicial, estudio del mercado y/o diferenciación en las necesidades iniciales por parte del SG-SST generando una posible desviación en los principios de planeación y gestión.

Como se observa en el cuadro anterior, para el rubro de Exámenes Médicos del contrato de Exámenes Médicos por valor de \$102.138.000, solo se ejecutó a 31 de diciembre de 2023 \$8.064.664, equivalente a tan solo un 7.8%, quedando en reserva presupuestal \$94.000.000, lo que confirma debilidad en la planeación presupuestal anual, además fueron liberados los rubros para Evaluaciones Higiénicas y Botiquines.

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)			
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz / Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos				

### 6.3.2 Presupuesto 2024

Rubro	Apropiación inicial 2024	Valor contrato 2023	Observaciones	Recursos a liberar	Ejecutado a 31/07/2024	Saldo a 31/07/2024
Medicina preventiva y exámenes ocupacionales	117.386.000	22.598.000	Contrato no. 6601202 Cendiatra	94.788.000	0	22.598.000
Elementos de protección personal	85.003.000	Sin comprometer	Proceso radicado 04/07/2024	0	0	Sin comprometer
Elementos ergonómicos	<b>14.588.000</b>	9.209.700	Proceso por Colombia compra eficiente. Ordenes de compra 132694 y 132695	5.378.300		Sin comprometer
Evaluaciones higiénicas	<b>14.126.000</b>	Sin comprometer	Pendiente por radicar	0	0	Sin comprometer
Elementos de botiquines y emergencias	<b>10.621.000</b>	Sin comprometer	Proceso radicado 11/07/2024	0	-	Sin comprometer
Total	241.724.000	31.807.700	-	100.166.300	-	22.598.000

Para la ejecución de los diferentes programas de Seguridad Social y Salud en el trabajo, el presupuesto asignado para la vigencia 2024 fue de \$241.724.000, para contratar los diferentes servicios y compras para el desarrollo de los diferentes programas. Fueron radicados y celebrados los siguientes contratos: Para la vigencia 2023 del presupuesto inicial se apropiaron 61.5%, para la vigencia 2024 a agosto de 2024 solamente se ha adjudicado un contrato por valor de \$22.598.000 a Cendiatra para el servicio de Medicina Preventiva y Exámenes Ocupacionales.

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

Para el contrato de elementos de Protección, se encuentra que está radicado en la Subdirección de Contratación el 4/07/2024, por valor de \$85.003.00, recursos sin comprometer.

El contrato de elementos de botiquines y emergencias se encuentra pendiente por radicar, recursos sin comprometer, proceso radicado 11/07/2024.

El contrato Elementos Ergonómicos se encuentra radicado en La Subdirección de Contratación, por valor de \$9.209.700, proceso por Colombia Compra Eficiente, orden de compra 132694 Y 132695.

El Contrato Evaluaciones Higiénicas se encuentra pendiente por radicar, recursos sin comprometer.

De la vigencia presupuestal 2023 viene en reserva presupuestal el contrato No. 54183312 por valor de \$94.000.000 adjudicado a Cendiatra para el desarrollo del proceso Medicina Preventiva y Exámenes Ocupacionales, cuyo contrato finalizó el 12/07/2024.

### 6.3.3 Reversión ARL

En la verificación a la reversión por parte de las ARL, en mesa de trabajo se observó que se realiza programación de las actividades que corresponden al retorno de inversión establecidas en la Ley 1562 de 2012 y programadas entre la SDS y las ARL Positiva y Sura.

De lo anterior se verificó un cronograma entre la ARL Positiva y la SDS, quienes tienen la mayor cantidad de compromiso de reversión con la entidad.

### 6.3.4 ARL Positiva

Se estableció el presupuesto para la reversión del año 2024 de acuerdo con la prima anual grupo del SDS Y FFDS tanto de trabajadores dependientes e independientes del año 2023 en \$246.037.855 que corresponde al 35% de \$702.965.300.

De acuerdo con el seguimiento realizado a las actividades establecidas en el plan de trabajo 2024 de la ARL POSITIVA, se han ejecutado a agosto de 2024, 1.826 horas de 1891 correspondientes al 97%.

La diferencia corresponde a 65 actividades así: 45 en el mes de julio de 2024, 8 de la actividad PVE psicosocial - Liderazgo, Convivencia consiente, Ansiedad y depresión / acompañamiento mesa de trabajo sindicato y 37 de la actividad Matriz de peligros; 20 en el mes de agosto de 2024 de la actividad Profesiograma.

De acuerdo con el análisis anterior no se cumplió con el 100% de las actividades programadas en el plan de trabajo a agosto de 2024.

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

### 6.3.5 ARL Sura

En esta ARL no se estableció un presupuesto para la reinversión del año 2024, de acuerdo con los aportes realizados durante el año 2023 por los trabajadores afiliados a esta administradora de riesgos, tanto de trabajadores dependientes como independientes del grupo SDS Y FFDS.

De acuerdo con el seguimiento realizado a las horas establecidas en el plan de trabajo 2024 de la ARL SURA se ha ejecutado a septiembre de 2024, 157.5 horas de 205.5 equivalentes al 76.64%.

Según el análisis anterior, no se cumplió con el 100% de las horas aprobadas en el plan de trabajo a septiembre de 2024.

## 6.4 INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

### 6.4.1 Comité de Convivencia Laboral

En reunión realizada el 23 de agosto de 2024, se abordaron diferentes aspectos relacionados con la operación, procedimientos y desafíos que enfrenta este comité en sus funciones. Se procedió aplicar una lista de chequeo con los puntos más relevantes a saber:

**Gestión de la información:** La información del comité se almacena en OneDrive, asegurando confidencialidad, aunque se requiere mayor formalización en la administración de estos archivos, como contar con un espacio físico adecuado para su almacenamiento.

**Conformación del Comité:** Se verifica que el comité cumple con los requisitos legales de su conformación, de acuerdo con la Resolución 652 de 2012, con la participación de talento humano y el registro de votaciones realizado de manera transparente. Sin embargo, se evidencian carencias en la entrega de la resolución de nombramiento, que no siempre es clara en su duración o proceso de emisión.

**Capacitaciones:** Los miembros del comité han recibido formación en temas como comunicación asertiva y violencias basadas en género, pero se reconoce la necesidad de más capacitaciones, especialmente en normatividad vigente y manejo de conflictos, de acuerdo con las exigencias de la Resolución 652 de 2012. A pesar de la disposición de espacios dentro de las reuniones para capacitarse, los miembros del comité sienten que el tiempo es insuficiente debido a la carga laboral.

**Recursos y soporte administrativo:** El comité enfrenta la falta de un espacio físico designado para llevar a cabo sus funciones, lo que afecta la confidencialidad y el manejo adecuado de la documentación. El equipo solicita un lugar dedicado y recursos como archivos bajo llave para asegurar la confidencialidad de los documentos.

	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

**Carga laboral y tiempo dedicado:** Se expone que la responsabilidad del comité, aunque no está oficialmente reconocida en las evaluaciones de desempeño de los miembros, consume entre el 30% y 40% del tiempo laboral. Esto obliga a los miembros a trabajar fuera del horario laboral, lo cual no es reconocido ni compensado adecuadamente por la administración.

**Casos gestionados:** En 2023 se recibieron 24 casos nuevos, sumándose a 9 casos heredados del año anterior. Para 2024, se gestionaron un total de 46 casos, de los cuales 21 fueron comunicaciones anónimas. Los casos son gestionados a través de conciliaciones entre las partes, conforme a la Ley 1010 y la Resolución 652. Sin embargo, se mencionan dificultades en los casos en los que no se logra la conciliación, lo que conlleva a remitirlos a instancias superiores como la Procuraduría.

**Control de la confidencialidad:** Se maneja con claves y accesos limitados a los correos electrónicos del comité. Los informes se presentan trimestralmente al director de talento humano.

**Seguimiento a recomendaciones:** posterior a las actividades de conciliación entre funcionarios, no se realizan seguimientos a las recomendaciones o acciones sugeridas por el comité.

**Reglamento interno:** No se ha establecido un reglamento interno de funcionamiento del Comité de Convivencia Laboral, que delimite funciones, roles y sus responsabilidades, entre otros; por ende, no hay guía de funcionamiento para la entidad.

**Confidencialidad:** Se menciona que no existe un **protocolo formal de confidencialidad** para los miembros del comité ni para las personas que participan en las reuniones. A pesar de que se indica verbalmente al inicio de cada sesión, no se firma ningún documento que garantice este compromiso. Esto genera la necesidad de formalizar un formato de confidencialidad para los miembros y las personas invitadas.

**Capacitación de nuevos miembros:** No hay un proceso formal para capacitar a los nuevos integrantes del comité. El aprendizaje es empírico y se basa en la experiencia de quienes ya han participado anteriormente.

**Asesoría jurídica:** Se destaca la importancia de contar con el apoyo de un **asesor jurídico**, especialmente cuando se gestionan casos que requieren respuestas ante la Procuraduría o la Personería. En muchos casos, el comité depende de un miembro de la administración que es abogado, pero no existe una asignación oficial de asesoría jurídica constante.

**Roles y responsabilidades:** Se reconoce la falta de claridad en los roles y responsabilidades de los miembros del comité. Aunque existe un conocimiento general de las funciones, no se ha definido oficialmente el alcance de sus responsabilidades ni se han formalizado las autoridades específicas que tiene cada miembro.

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

**Seguimiento de recomendaciones:** El comité emite recomendaciones a la alta dirección y a talento humano sobre intervenciones necesarias, pero no se realiza un **seguimiento adecuado** para verificar si estas recomendaciones han sido implementadas. Tampoco existe un protocolo para hacer este seguimiento.

**Recursos y apoyo institucional:** Se menciona que el comité no cuenta con los recursos necesarios, como un **espacio físico adecuado** y tecnología accesible, para realizar su trabajo de manera eficiente. La falta de recursos afecta la confidencialidad de los documentos y la operatividad del comité.

**Evaluación del impacto:** No se han establecido indicadores para medir la efectividad de las intervenciones del comité. Aunque se presentan informes periódicos, no se evalúa el impacto real de las acciones ni se mide la satisfacción de los trabajadores con el comité.

**Riesgos psicosociales:** El comité identifica áreas de la entidad con problemas psicosociales, pero no participa formalmente en el **Programa de Riesgos Psicosociales**. La integración del comité en este programa podría mejorar su capacidad para intervenir y prevenir situaciones de acoso o maltrato laboral.

**Limitaciones y recomendaciones:** Se observan dificultades en la participación de los miembros designados por la administración, quienes suelen ausentarse debido a la carga laboral. Además, se solicita mejorar la sensibilización y formación de habilidades blandas de los miembros del comité, incluyendo evaluaciones psicológicas, para asegurar que estén capacitados para gestionar adecuadamente los conflictos laborales.

#### **Observaciones:**

**Capacitación insuficiente:** Aunque se han realizado algunas capacitaciones, no se cumple con la actualización anual requerida por la Resolución 652, especialmente en manejo de conflictos y normatividad. Además, no existe un proceso formal de formación para nuevos miembros del comité.

**Espacios físicos y recursos:** Se carece de un espacio físico adecuado para las reuniones y el almacenamiento de la documentación confidencial. Esto es esencial para garantizar la correcta gestión de los casos y la confidencialidad requerida.

**Falta de reconocimiento laboral:** El trabajo realizado por los miembros del comité no está adecuadamente reconocido ni compensado en sus evaluaciones de desempeño, lo que afecta la motivación y disponibilidad para asumir estas responsabilidades adicionales.

**Participación administrativa:** Los representantes de la administración muestran un bajo compromiso y asistencia irregular, lo que afecta la operatividad del comité.

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)			
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos				

## 6.5 ACTIVIDADES DE MONITOREO

### 6.5.1 Mejora continua

Como evidencia documental de la implementación de las acciones preventivas y/o correctivas se remitió al equipo auditor la matriz de Seguimiento a la Ejecución de las Acciones de Mejora del SG -SST. A continuación, se hace un análisis de los datos reportados:

HALLAZGO U OPORTUNIDAD DE MEJORA				
Año	Abiertas	Parcial	Cerradas	Total
2020	6	19	105	130
2021	25	48	251	324
2022	13	29	135	177
2023	26	52	50	128
2024	30	0	8	38
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>148</b>	<b>549</b>	<b>797</b>
<b>Dependencia</b>	57% ByS	45% sin dato	80% sin dato	
	22% LSP	28% LSP	1.8% LSP	
<b>Estado</b>	83 acciones sin evidencia de seguimiento	84 acciones sin evidencia de seguimiento	49 acciones sin evidencia del cierre	

ByS: Dirección de Bienes y Servicios  
 LSP: Subdirección Laboratorio de Salud Pública

Es de anotar que, a la fecha según la herramienta analizada, se encuentran 797 hallazgos u oportunidades de mejora levantadas desde el año 2020, de las cuales 549 (69%) se encuentran en estado Cerrado; 148 (18.5%) en estado parcial, el cual, según lo expresado por el equipo de SST corresponden a acciones que presentan algún avance en su resolución, sin embargo, este no es suficiente o completo para generar el cierre. Las acciones abiertas corresponden al 12,5% del total.

Según la clasificación por estado de los hallazgos u oportunidades de mejora, se identificó que dentro de las acciones Abiertas el 57% fueron levantadas a la Dirección de Bienes y Servicios y el 22% al LSP. Se evidencia que, del total de oportunidades y hallazgos identificados, el 83% no cuentan con evidencia de seguimiento (observaciones) y como se refleja en el cuadro anterior, hay hallazgos sin cierre eficaz desde la vigencia 2020.

Para los hallazgos u oportunidades de mejora que se encuentran en estado Parcial, de 148, se evidencian 84 sin registro de seguimiento; para el 45% del total no se registró el área o dependencia respectiva.

Para los hallazgos u oportunidades de mejora que se encuentran en estado Cerrado, 49 no cuentan con seguimiento que respalde el cierre y el 80% no cuenta con identificación de la

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

dependencia responsable. Igualmente, es de anotar que el LSP siendo una de las dependencias que registra más debilidades, solo representa el 1.8% de las acciones cerradas.

Teniendo en cuenta el análisis realizado se evidencia en la Matriz de Seguimiento a la Ejecución de las Acciones de Mejora del SG -SST que no se está realizando seguimiento oportuno a las acciones adelantadas por los procesos para mitigar o eliminar los hallazgos levantados, toda vez que, persisten en el tiempo acciones abiertas, otras inconclusas y otras en estado Cerrado, sin registro de seguimiento, lo cual genera una no conformidad por incumplimiento a la Resolución 312 de 2019 Artículo 16. Estándares Mínimos para empresas de más de cincuenta (50) trabajadores.

En general se identificó que la matriz no cuenta con codificación del sistema de gestión documental, se presentan múltiples variables para el registro del mismo dato, es el caso de la dependencia, la cual se identifica con diversos nombres, por el piso de ubicación o con siglas, lo cual, dificulta el análisis. Se dejan muchos espacios sin diligenciar principalmente en las columnas de área o dependencia, potencial de pérdidas, prioridad de intervención, tipo de acción, programa que le aplica, fecha y medio de notificación y fecha probable de ejecución.

Realizada la verificación a la Matriz de Seguimiento a la Ejecución de las Acciones de Mejora del SG -SST se evidencia que, no está adherida al lineamiento institucional SDS-PYC-LN-005 V.7, teniendo en cuenta que existe un aplicativo (ISOLUCIÓN) donde se registran, se hace seguimiento y se evalúa la eficacia de las acciones adelantadas frente a los hallazgos y oportunidades de mejora levantados en la entidad. La Matriz de Seguimiento no se encuentra codificada en el Sistema de Gestión Documental de la entidad, ni está clasificada como documento controlado no codificado.

Para realizar un seguimiento más eficiente, se recomienda clasificar las solicitudes de mantenimiento y registrarlas en una herramienta específica para este fin y los hallazgos y oportunidades de mejora registrarlos en la matriz de Seguimiento.

### 6.5.2 Indicadores de gestión

De acuerdo con los reportes realizados se verificó la matriz de indicadores de los periodos reportados entre el 32 de enero y octubre de 2023, evidenciando lo siguiente:

1. Los reportes de información son dinámicos en los casos de incapacidades, ausentismo, total de la población.
2. La fuente de información de los indicadores es reportada por parte del equipo de nómina mensualmente, seguido de la base de datos reportada por el proceso de Contratación, esto con la observación de que el reporte no es regular, como puede reportarse el 15 de cada mes, puede que se reporte los primeros 5 días de cada mes.

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

3. El responsable de realizar el reporte de los datos es asignado de manera aleatoria, por lo que el control de los datos registrados varía de acuerdo con el tratamiento de las bases de datos y la dinámica varía con la asignación de cada responsable.
4. En la verificación de los datos raíz, se evidenció que, no se custodia la fuente de datos y no se traza la metodología que corresponde a la obtención del dato registrado en la matriz de indicadores.
5. Se verificaron los datos raíz de los meses de mayo, julio y agosto del 2023, obteniendo que, los resultados no son confiables a la hora de generar un dato exacto en la medición de las variables de incapacidades, horas hombre trabajadas, días de incapacidad, población total, ya que, al momento de cargar el dato, no es preciso identificar la base de datos de donde se extrae el dato final, el día de registro del dato y la persona que registro el dato.

Como resulta del ejercicio se concluye que la medición de los índices que alimentan los 19 indicadores del SG-SST, en su mayoría no cuentan con una fuente de información sólida y su metodología no es clara al momento de alimentar la base de datos, lo que puede generar una inexactitud a la hora de la medición real de los indicadores, reportes y gestión de las acciones que requieren de dichos indicadores.

### 6.5.3 Estándares mínimos SG-SST

La revisión del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) de la Secretaría Distrital de Salud (SDS) se fundamenta en la necesidad de garantizar el cumplimiento de los estándares mínimos establecidos por la Resolución 0312 de 2019. Esta normativa busca promover ambientes laborales seguros y saludables, y establece directrices claras para la identificación, evaluación y control de riesgos laborales, así como para la promoción del bienestar de los trabajadores.

La resolución impone la obligación a las entidades de implementar un SG-SST que se adapta a su contexto específico, garantizando así la protección de la salud de los empleados y la prevención de accidentes y enfermedades ocupacionales. En este sentido, la auditoría tuvo como propósito:

1. Evaluar el cumplimiento normativo: Verificar si el SG-SST de la SDS está alineado con las disposiciones de la Resolución 0312 de 2019 y otros marcos normativos pertinentes, asegurando que se implementen las acciones necesarias para la protección de los trabajadores.
2. Identificar riesgos y oportunidades de mejora: Analizar la efectividad de las medidas de prevención y control implementadas, con el fin de identificar áreas de mejora que contribuyan a un entorno laboral más seguro y saludable.
3. Fomentar la cultura de prevención: Promover una mayor conciencia sobre la importancia de la seguridad y salud en el trabajo, estimulando la participación activa de todos los colaboradores en la identificación y gestión de riesgos.

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz / Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

4. Contribuir a la mejora continua: Facilitar la retroalimentación necesaria para la actualización y optimización del SG-SST, garantizando su efectividad y pertinencia en el tiempo.
5. Asegurar la sostenibilidad organizacional: Reconocer que un SG-SST efectivo no solo protege a los trabajadores, sino que también impacta positivamente en la productividad y el clima organizacional, contribuyendo al cumplimiento de los objetivos institucionales.

A través de esta revisión, se implementó la evaluación de los estándares mínimos con el fin de verificar el cumplimiento de las exigencias legales y la mejora de las condiciones laborales, en concordancia con los principios de responsabilidad social y sostenibilidad; de lo anterior se adoptó para dicha evaluación el instrumento emitido de titularidad de la ARL SURA, denominado “Estándares mínimos del sistema de gestión de la seguridad y salud para empleadores y contratantes. Propuesta para que las empresas evalúen los estándares mínimos de su SG-SST”, de este ejercicio se realizó la verificación de lo siguiente:

Ciclo	Estándares evaluados	Ítems	Calificación
Planear	13	22	25
Hacer	6	30	58
Verificar	1	4	2,5
Actuar	1	4	2,5
<b>Resultados</b>			88
<b>Nivel de evaluación</b>			Aceptable

**Se define la acción para este nivel de evaluación:** Mantener la calificación y evidencias a disposición del Ministerio del Trabajo, e incluir en el Plan de Anual de Trabajo las mejoras que se establezcan de acuerdo con la evaluación.



**ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.**  
SECRETARÍA DE SALUD

EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION  
OFICINA DE CONTROL INTERNO  
SISTEMA DE GESTIÓN  
CONTROL DOCUMENTAL

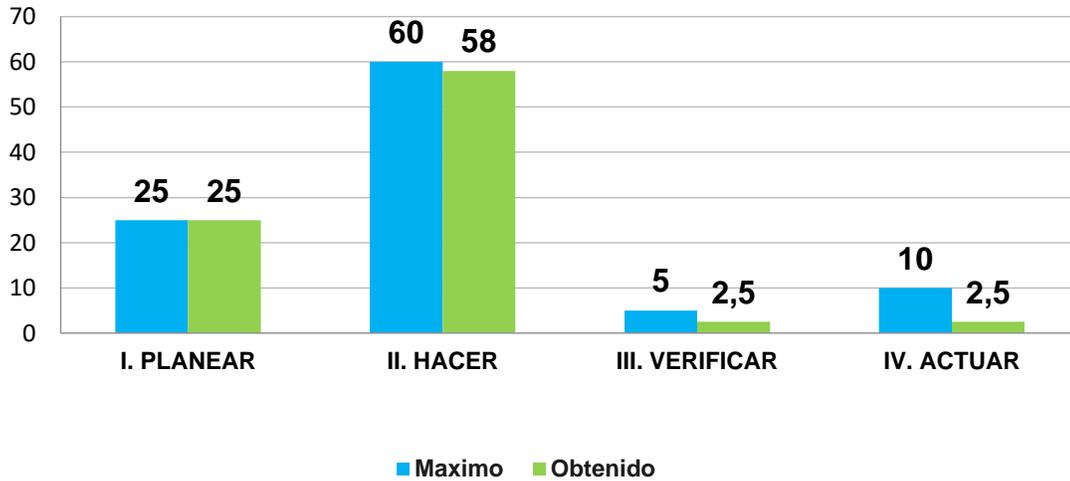
INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)

Código: SDS-ESC-FT-003 Versión: 8



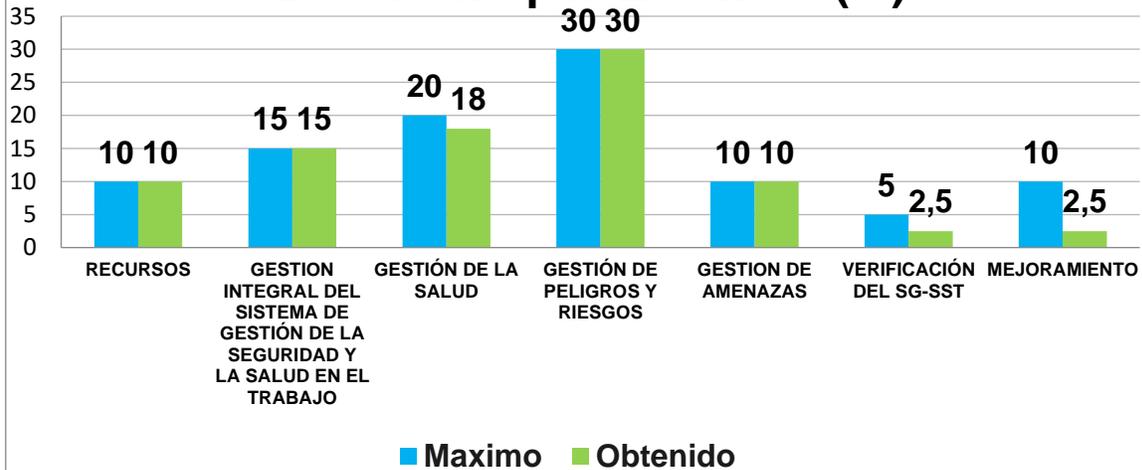
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos

### Desarrollo por Ciclo PHVA (%)



Evaluación de estándares – ARL SURA

### Desarrollo por Estandar (%)



Evaluación de estándares – ARL SURA

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

Los factores que afectaron la evaluación fueron los siguientes ítems:

- 3.2.2 Investigación de Incidentes, Accidentes y Enfermedades Laborales
- 6.1.3 Revisión anual de la alta dirección, resultados de la auditoría
- 6.1.4 Planificación auditorias con el COPASST
- 7.1.1 Definición de acciones preventivas y correctivas con base en resultados del SG-SST
- 7.1.2 Acciones de mejora conforme a revisión de la alta dirección
- 7.1.4 Elaboración Plan de mejoramiento, implementación de medidas y acciones correctivas solicitadas por autoridades y ARL

De la evaluación anterior, desde el proceso de GTH, se deben accionar todos los mecanismos para reducir todos los efectos no deseados en el SG-SST.

## 7. ASPECTOS POSITIVOS.

El SG-SST cumplen con la normativa colombiana y es evaluada con el enfoque correspondiente con la herramienta generada por el mismo proceso.

Respecto a la evaluación y generación del riesgo, éste es evaluado periódicamente y tiene controles efectivos en la mayor parte del proceso; esto es una señal de que el SG-SST está bien implementado.

Es evidente que las personas que interactuar con los empleados en las iniciativas de seguridad y salud en el trabajo se esfuerzan en la implementación de la cultura preventiva dentro de la entidad.

El sistema de gestión cuenta con una buena organización de documentos, facilita las auditorías y asegura que todo está trazado y documentado correctamente, sin embargo, hay situaciones mínimas que pueden mejorarse.

## 8. NO CONFORMIDADES. (NIA 2431)

1. Revisados los soportes allegados en relación con los Programas de Prevención y Vigilancia Epidemiológica y verificados los cronogramas de actividades correspondientes, se evidencian debilidades en el registro, relacionadas con la claridad, completitud y veracidad de la información de la gestión adelantada, lo cual genera un incumplimiento a la ley 87 en su artículo 2.
2. En el desarrollo de la auditoría se evidencia que no se han realizado las investigaciones de 7 accidentes laborales reportados en lo corrido del año 2024,

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

generando incumplimiento al artículo 16 de la Resolución 0312 de 2019 y el Decreto 2.2.4.6.22. numeral 5.

3. Teniendo en cuenta el análisis realizado se evidencia en la Matriz de Seguimiento a la Ejecución de las Acciones de Mejora del SG -SST que, no se está realizando seguimiento oportuno a las acciones adelantadas por los procesos para mitigar o eliminar los hallazgos levantados, toda vez que, persisten en el tiempo acciones abiertas, otras inconclusas y otras en estado Cerrado, sin registro de seguimiento, lo cual genera una no conformidad por incumplimiento a la Resolución 312 de 2019 Artículo 16, Estándares Mínimos para empresas de más de cincuenta (50) trabajadores.
4. Verificada la Matriz de Seguimiento a la Ejecución de las Acciones de Mejora del SG -SST se evidencia que no está adherida al lineamiento institucional SDS-PYC-LN-005 V.7, teniendo en cuenta que existe un aplicativo (ISOLUCIÓN) donde se registran, se hace seguimiento y se evalúa la eficacia de las acciones adelantadas frente a los hallazgos y oportunidades de mejora levantados en la entidad.
5. Teniendo en cuenta los datos consignados en la matriz de identificación de peligros y valoración de riesgos y de acuerdo con las mesas de trabajo y la inspección realizada en campo al laboratorio de Salud Pública, se identificó que, existe una desactualización de dicha matriz respecto a los instrumentos aplicados, entre otros los informes de la ARL, las cuales deben ser incluidas como entradas para la valoración y clasificación del riesgo, generando incumplimiento el numeral 3.2.5.2 Evaluación de los riesgos de la (GTC-45).
6. Revisadas las evidencias aportadas y según mesa de trabajo del 28-08-2024, no se han realizado las inspecciones y revisiones técnicas en prevención de incendios y seguridad humana y las respectivas certificaciones de seguridad emitidas por Bomberos según lo definido en la Ley 1575 de 2012 artículo 42, generando incumplimiento normativo.

## 9. ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS. (NIA 2410-A1).

1. Al verificar la ejecución presupuestal de la vigencia 2023, se observó que se apropió el 61,5%, equivalente a \$130.063.650, del presupuesto inicial de \$211.483.000. Para la vigencia 2024, el presupuesto inicial fue de \$241.724.000, del cual se apropió el 55,48%, equivalente a \$134.125.175. Estos bajos porcentajes de ejecución evidencian debilidades en el proceso de planeación inicial, la revisión de valores históricos de los contratos y la ejecución presupuestal, comprometiendo la efectividad del cumplimiento de los objetivos financieros del proceso del SG-SST.
2. En la inspección realizada a la Infraestructura vial interna para asegurar condiciones seguras por parte de la Compañía Positiva de Seguros, esta evidencio que la SDS

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

cuenta con diversos tipos de señalización para sus diferentes zonas de parqueo, identificando en estos los riesgos a que están expuestos los empleados y demás personas que hagan uso de estos, sin embargo, se debe tomar como referencia el informe presentado por esta compañía, ya que esta evidencio las debilidades en cuanto a señalización, para poder generar una infraestructura segura.

3. Durante el ejercicio de auditoría, se identificó que no se ha definido la ejecución de los programas a través de planes de trabajo o cronogramas para Riesgo Público, Seguridad, Orden y Aseo y, Vigilancia Epidemiológica para la Prevención del Riesgo Biológico Asociado a COVID – 19, establecidos y documentados en el aplicativo ISOLUCION que hacen parte del SG-SST. Esto genera un potencial riesgo operativo y representa un incumplimiento parcial de la etapa de planeación del SG- SST y falencias en evidenciar la gestión y apropiación de las actividades dentro de la SDS.
4. Se evidenció en mesa de trabajo del 26-08-2024 en donde se verificaron 5 programas de gestión que, no se realiza una evaluación periódica de la efectividad de las medidas de control recomendadas y/o implementadas y no se asegura la mejora continua en la gestión de los programas.
5. Dentro de los soportes remitidos para verificar las actividades adelantadas en el programa de inspecciones se encuentran 15 informes de inspecciones realizadas en 2024, una de 2023, un informe sin fecha de elaboración y un informe de concepto técnico mobiliario de puestos de trabajo adelantado por la ARL POSITIVA en julio de 2024. De los informes anteriores solo uno se encontraba planeado en el cronograma de inspecciones 2024. Es de anotar que, de los informes elaborados, 18 no cuentan con formato codificado ni controlado. Se adjuntaron dos formatos de inspección locativa con código FT-SST-000 sin logo del año 2022. Se adjunta archivo con formato de inspecciones de herramienta diligenciado en mayo de 2024, el cual, no se encuentra codificado. Se adjunta formato con código SDS-THO-FT-073 V1, Lista de chequeo inspección programa seguridad, orden y aseo, diligenciado para 6 dependencias, no se indica el año de diligenciamiento, la versión vigente en el aplicativo ISOLUCIÓN es la V3, lo anterior, generando inconsistencias en el reporte de información y el uso inadecuado de los elementos del Sistema de Gestión de la Calidad.
6. Evidenciada la magnitud del trabajo ejecutado por el equipo, las acciones adelantadas y los recursos invertidos durante las diferentes vigencias, se evidencia que el riesgo identificado en la matriz de riesgos del proceso no cubre todas las actividades del SG-SST; aunque abarca los programas de vigilancia epidemiológica y el seguimiento del Plan de SST, hay otros aspectos importantes del SG-SST que no están incluidos, por lo cual, se considera necesario realizar una ampliación del alcance del riesgo e incluir más controles, administrativos y operativos.
7. Según lo reportado por el equipo auditado actualmente no se encuentra conformado El Comité de Ayuda Mutua (CAM) para trabajo conjunto con organizaciones

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

localizadas en la misma zona geográfica las cuales pueden ofrecer y apoyar el control de las emergencias que se presenten, generando un riesgo operativo para la entidad.

8. En verificación del programa de inspecciones como se encuentra definido actualmente, no se está ejecutando, Sin embargo, el SG-SST, demostró ejecución de inspecciones de cada uno de los programas verificados, de lo anterior se evidencia una dualidad entre lo descrito en la documentación existente y la ejecución real las inspecciones.
9. Ausencia de protocolo de confidencialidad: No existe un documento formal que los miembros del comité firmen para comprometerse con la confidencialidad. Esto una desviación respecto a la protección de la información sensible manejada por el comité.
10. Falta de capacitación formal para los miembros del comité: No hay un proceso estructurado de formación para nuevos miembros, lo que incumple con las buenas prácticas de gestión. El aprendizaje es empírico, y no se asegura que los miembros estén debidamente capacitados para gestionar los casos de acoso o maltrato laboral.
14. Ausencia de asesoría jurídica oficial: El comité no cuenta con un asesor jurídico asignado de manera oficial, lo cual es crucial cuando se trata de casos que requieren respuestas legales formales ante entidades como la Procuraduría o la Personería.
15. Ausencia de indicadores de gestión: No se han establecido indicadores de gestión que permitan evaluar la efectividad del comité ni el impacto de sus intervenciones. La falta de estos indicadores dificulta la evaluación del desempeño del comité.
16. Seguimiento a recomendaciones: posterior a las actividades de conciliación y demás entre funcionarios, no se realizan seguimientos a las recomendaciones o acciones sugeridas por el comité.
17. Reglamento interno: No se ha establecido un reglamento interno de funcionamiento del Comité de Convivencia Laboral, que delimite funciones, roles y sus responsabilidades, entre otros; por ende, no hay guía de funcionamiento para la entidad de dicho comité.

## 10. CONCLUSIONES. (NIA 2410-A1).

Teniendo en cuenta que en el área de vigilancia de enfermedades del Laboratorio de Salud Pública se utilizan diversas sustancias químicas según la Matriz de inventario y caracterización de productos químicos se recomienda realizar estudio similar de identificación de peligros, evaluación y valoración de riesgos, diagnóstico de condiciones

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)				
	Código:	SDS-ESC-FT-003	Versión:	8	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

de exposición a sustancias químicas de alto riesgo y gestión integral del riesgo químico realizado al área de Vigilancia del Ambiente y el Consumo en el año 2024.

Es importante adelantar la gestión necesaria para poner en práctica las orientaciones y recomendaciones sobre uso y almacenamiento seguro de los productos químicos, así como, la inclusión en el plan de emergencias y análisis de amenazas y vulnerabilidades los posibles escenarios de riesgo asociadas al uso y almacenamiento de las sustancias, en atención al informe adelantado por la Consultoría de gestión de Riesgos Suramericana en el mes de junio de 2024.

De forma general, en busca de la mejora continua de los programas de gestión, se recomienda atender las actividades respectivas en respuesta a las observaciones registradas en el presente informe y que no hacen parte específica de los hallazgos.

Para realizar un seguimiento más eficiente, se recomienda clasificar las solicitudes de mantenimiento y registrarlas en una herramienta específica para este fin y los hallazgos y oportunidades de mejora registrarlos en la matriz de Seguimiento.

## 11. PLAN DE MEJORAMIENTO (NIA 2500).

Como resultado de la auditoría, el proceso auditado deberá cumplir con el lineamiento establecido por la Dirección de Planeación Institucional y Calidad para la elaboración del plan de mejoramiento a que haya lugar con el fin de realizar el tratamiento adecuado de los riesgos, incluyendo el ciclo PHVA en las actividades propuestas y, de ser necesario, realizar mesas de trabajo cuando las no conformidades y/o acciones para abordar los riesgos involucren a otras dependencias.

## 12. ANEXOS

N/A

**NOMBRE (S) Y APELLIDO (S) Y FIRMA (S) DE AUDITOR (ES).**

\_\_\_\_\_  
**JOSÉ GREGORIO BUENO HERNÁNDEZ**

\_\_\_\_\_  
**MARISOL GARCIA VILLAMARIN**

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>EVALUACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA GESTION OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</b>				
	<b>INFORME FINAL TRABAJO DE AUDITORIA (NIA 2410)</b>				
	<b>Código:</b>	<b>SDS-ESC-FT-003</b>	<b>Versión:</b>	<b>8</b>	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

---

**GUSTAVO ADOLFO GUERRERO**

**APRUEBA JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO,**

---

**OLGA LUCIA VARGAS COBOS**