

## EQUIPO AUDITOR:

Julie A. Rodríguez Torres  
Laura C. Rueda Serrano  
Soly M. Moreno Sierra

**FECHA: Julio 09 de 2025**

## OBJETIVOS DE LA AUDITORÍA

### OBJETIVO DE LA AUDITORÍA

Realizar la evaluación y seguimiento a las actividades que se realizan en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, con el fin de determinar el grado de cumplimiento de las mismas y brindar recomendaciones, observaciones o no conformidades llegado el caso que permitan a la Empresa Municipal de Servicios Públicos Domiciliarios de Piedecuesta ESP Piedecuestana de Servicios Públicos implementar las oportunidades de mejora en los procesos asociados.

### OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar la conformidad del sistema de gestión y los requisitos del marco normativo vigente de manera especial Decreto 1072 de 2015 y el decreto 0312 de 2019.
- Determinar la capacidad del sistema de gestión para asegurar el cumplimiento por la organización de los requisitos legales, reglamentarios y contractuales aplicables al alcance del sistema de gestión.
- Determinar la eficacia del sistema de gestión para asegurar razonablemente que la organización puede lograr sus objetivos especificados.
- Identificar oportunidades de mejora en el sistema.

## ALCANCE DE LA AUDITORÍA

Revisión de los Procesos que conforman el SG de la empresa, incluida su información documentada (procedimientos, registros, formatos e indicadores)

Verificar el cumplimiento de las actividades realizadas en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

### PROCESOS AUDITADOS

Seguridad y salud en el trabajo

**ELEMENTOS DE LA NORMA INVOLUCRADOS:** Decreto 1072 de 2015 y el resolución 0312 de 2019

<b>ELABORÓ</b> Profesional Universitario en Sistemas de Gestión	<b>FECHA</b> 11/03/2025	<b>REVISÓ</b> Jefe Oficina de Planeación Institucional	<b>FECHA</b> 11/03/2025	<b>APROBÓ</b> Jefe Oficina de Planeación Institucional	<b>FECHA</b> 11/03/2025
---	----------------------------	--	----------------------------	--	----------------------------

## LUGAR DONDE SE REALIZARON LAS ACTIVIDADES DE AUDITORÍA EN SITIO:

Instalaciones de la Empresa Piedecuestana de Servicios Públicos

## PERSONAS ENTREVISTADAS:

Carlos Arturo Bautista- Profesional universitario Seguridad y Salud en el Trabajo  
Pedro Quiroga Quintero - Técnico administrativo de Seguridad y salud en el trabajo  
Sandra Riaño - Contratista  
Sary Agamez – Contratista

## CRITERIOS DE LA AUDITORÍA

1. Solicitud de documentación.
2. Lista de chequeo para comprobar la información.
3. Verificación ocular, verbal, escrita, documental y física.
4. Técnicas de Auditoría.
5. Desarrollo de la Auditoría.

## HALLAZGOS Y/O OBSERVACIONES DE LA AUDITORÍA

### CONSIDERACIONES INICIALES

La reunión de apertura de la auditoría interna del área de Seguridad y Salud en el Trabajo se llevó a cabo el 25 de abril de 2025, en la cual se presentaron los lineamientos generales y el objetivo de la auditoría.

Como punto de partida, se realizó una revisión preliminar de la documentación disponible en la página web institucional, incluyendo manuales, resoluciones y políticas relacionadas con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Posteriormente, el área auditada remitió la información complementaria el 9 de mayo. Así mismo, se efectuaron visitas a las oficinas los días 27 de mayo, 10 y 11 de junio, con el propósito de verificar las evidencias correspondientes.

Con la información suministrada, se identificaron los siguientes hallazgos:

**NO CONFORMIDAD 1:** No existe evidencia de la revisión y aprobación por parte del comité de gestión y desempeño para las políticas, planes y manuales del sistema.

**Requisito incumplido:** Principios de trazabilidad documental, veracidad y control de versiones. Decreto 1072 de 2015, Resolución 0312 de 2019, Resolución 40595 de 2022.

**Criterio:** Para las políticas, planes y manuales del sistema no existe evidencia de la revisión y aprobación por parte del comité de gestión y desempeño.

<b>ELABORÓ</b> Profesional Universitario en Sistemas de Gestión	<b>FECHA</b> 11/03/2025	<b>REVISÓ</b> Jefe Oficina de Planeación Institucional	<b>FECHA</b> 11/03/2025	<b>APROBÓ</b> Jefe Oficina de Planeación Institucional	<b>FECHA</b> 11/03/2025
---	----------------------------	--	----------------------------	--	----------------------------

**Descripción de la no conformidad:**

Durante la auditoría, se evidenció que documentos claves del sistema de gestión no fueron revisados y aprobados por el comité de gestión y desempeño, lo cual genera inconsistencias en la trazabilidad y validez documental.

Se realizó la verificación de las actas de comité de gestión y desempeño desde noviembre de 2024 hasta la fecha, en las cuales no se encontró aprobación de los documentos.

A su vez, se identificó que los documentos no han sido revisados por la persona responsable del Sistema de Gestión.

Los documentos en los que se identificó esta situación son:

- Políticas del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo
- Reglamento de higiene y seguridad industrial
- Manual del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de 19 de enero de 2024 y Resolución de adopción del 29 de abril de 2025.
- Plan Estratégico de Seguridad Vial (PESV) del 2022 y resolución de adopción de 08 de mayo de 2025.
- Políticas de Seguridad Vial

Estas inconsistencias afectan la confiabilidad de la información, el control de versiones y la adecuada verificación del cumplimiento normativo, además de limitar la capacidad de auditoría y seguimiento del sistema.

**Evidencia objetiva:**

- Actas de comité de gestión y desempeño.
- Registro de publicación en sitio web institucional.
- Políticas, manuales, reglamentos y planes.

**Conclusión:**

El incumplimiento en la coherencia de fechas entre la elaboración, firma y divulgación de los documentos del sistema de gestión afecta la transparencia y la trazabilidad documental exigida por la normativa. Es necesario realizar los ajustes correspondientes y establecer mecanismos de control para garantizar la validez de los documentos y su adecuada gestión dentro del SGI.

**NO CONFORMIDAD 2: Falta de implementación, actualización, y disponibilidad documental del PESV conforme a los lineamientos legales vigentes.**

**Requisito incumplido:** Resolución 40595 de 2022 – Lineamientos del Plan Estratégico de Seguridad Vial (PESV)

**Criterio:** Implementación, actualización, y disponibilidad documental del PESV conforme a los lineamientos legales vigentes.

<b>ELABORÓ</b> Profesional Universitario en Sistemas de Gestión	<b>FECHA</b> 11/03/2025	<b>REVISÓ</b> Jefe Oficina de Planeación Institucional	<b>FECHA</b> 11/03/2025	<b>APROBÓ</b> Jefe Oficina de Planeación Institucional	<b>FECHA</b> 11/03/2025
---	----------------------------	--	----------------------------	--	----------------------------

### Descripción de la no conformidad:

Durante la auditoría se evidenció que el Plan Estratégico de Seguridad Vial (PESV) de la entidad se encuentra desactualizado y parcialmente implementado, lo cual no garantiza el cumplimiento pleno de los requisitos establecidos en la Resolución 40595 de 2022. Se debe designar una persona con poder de decisión y conocimientos del PESV, a su vez se recomienda crear el comité de Seguridad Vial para que las áreas que lo compongan tengan conocimiento y puedan aportar en el avance de las actividades del PESV.

### Se identificaron los siguientes hallazgos:

- Se evidenció la designación del líder del PESV a partir de mayo de 2025 (mediante el acto administrativo de adopción de en donde se aprueba al líder: Resolución 296 del 05 de junio de 2025), la documentación estructural del PESV aún se encuentra en construcción; sin embargo, se encuentra una Resolución de adopción en donde se aprueba, esta fue aportada por el Profesional Universitario de SST.
- Las políticas de seguridad vial (control de velocidad, no uso de dispositivos móviles, tiempo de descanso, uso de elementos de protección, uso del cinturón) presentan inconsistencias entre la fecha de elaboración y la fecha de cargue en la página web institucional, lo que afecta la trazabilidad del cumplimiento.
- El alcance del PESV no incluye a los contratistas, limitando la cobertura a personal operativo y administrativo, demostrando el enfoque integral del PESV respecto a los actores viales de la organización.
- Los programas de riesgos críticos (actores viales, cero tolerancia al alcohol, prevención de la distracción, fatiga, y control de velocidad) no se encuentran finalizados ni codificados en el sistema de gestión, por lo cual no es posible verificar su implementación o seguimiento.
- El plan anual de trabajo presenta actividades programadas para el primer semestre de 2025, de las cuales únicamente se han ejecutado parcialmente las relacionadas con la designación del líder y el envío de la encuesta diagnóstica. Actividades clave como la actualización de la matriz de caracterización de riesgos viales, documentación de hojas de vida de vehículos, matriz de indicadores y de comunicaciones no han sido desarrolladas.

### Evidencia:

- Resolución 296 del 05 de junio de 2025.
- Políticas de seguridad vial (control de velocidad, uso de EPP, etc.).
- Página web institucional.
- Encuesta diagnóstica de seguridad vial.
- Programas en construcción y no codificados.
- Plan anual de trabajo PESV 2025.

### Conclusión:

Teniendo en cuenta la fecha de expedición, el PESV no cumple con los requisitos establecidos en la Resolución 40595 de 2022 en cuanto a actualización, implementación y cobertura, lo cual

<b>ELABORÓ</b> Profesional Universitario en Sistemas de Gestión	<b>FECHA</b> 11/03/2025	<b>REVISÓ</b> Jefe Oficina de Planeación Institucional	<b>FECHA</b> 11/03/2025	<b>APROBÓ</b> Jefe Oficina de Planeación Institucional	<b>FECHA</b> 11/03/2025
---	----------------------------	--	----------------------------	--	----------------------------

representa una no conformidad que debe ser subsanada para garantizar un enfoque preventivo y sistemático de la seguridad vial en la organización.

**NO CONFORMIDAD 3: No se encuentran actualizados los documentos base que pertenecen al sistema de gestión en seguridad y salud en el trabajo.**

**Requisito incumplido:** Decreto 1072 de 2015, Resolución 0312 de 2019.

**Criterio:** Integración y actualización documental del SG-SST conforme a los cambios institucionales, designaciones y normatividad vigente.

**Descripción de la no conformidad:**

Durante la auditoría realizada al SG-SST, se evidenciaron inconsistencias entre las fechas de elaboración de los documentos, su respaldo administrativo y su publicación, así como deficiencias en la actualización de los comités y en la integración de políticas al manual del sistema:

- El Manual del SG-SST está con fecha de 2024, sin embargo, el acto administrativo que lo respalda y aprueba es del año 2025, lo cual genera inconsistencias cronológicas que afectan su validez y trazabilidad.
- Las resoluciones de designación de los comités COPASST y CCL tienen como fecha el 07 de octubre de 2022, a pesar de que hubo nuevos designados en octubre de 2024, lo cual implica que no se han actualizado los documentos de soporte correspondientes, como lo exige la normativa vigente.
- Las políticas de SST y el reglamento de higiene y seguridad tienen fecha del 05 de noviembre de 2024, pero fueron firmadas y cargadas en la página web institucional en mayo de 2025, presentando una discrepancia entre la fecha de elaboración y la de divulgación oficial.
- No se ha realizado la actualización de los procedimientos del SG-SST conforme a los cambios normativos y a las actividades actuales del área, lo cual afecta la pertinencia del sistema.
- La política de conservación y cuidado del medio ambiente no presenta evidencias de mediciones ambientales y no se encuentra vinculada ni referenciada dentro del Manual del SG-SST, incumpliendo con el principio de integración de políticas del sistema.

**Evidencia:**

- Manual SG-SST (versión 2024) y acto administrativo de aprobación (2025).
- Políticas de SST y reglamento (05/11/2024) y evidencia de publicación en web (mayo 2025).
- Procedimientos desactualizados y sin trazabilidad normativa reciente.
- Política ambiental sin mediciones ni integración documental al SG-SST.

**Conclusión:**

El sistema presenta deficiencias en la coherencia, actualización e integración de su documentación, afectando el cumplimiento de los requisitos legales del SG-SST, la trazabilidad de

<b>ELABORÓ</b> Profesional Universitario en Sistemas de Gestión	<b>FECHA</b> 11/03/2025	<b>REVISÓ</b> Jefe Oficina de Planeación Institucional	<b>FECHA</b> 11/03/2025	<b>APROBÓ</b> Jefe Oficina de Planeación Institucional	<b>FECHA</b> 11/03/2025
---	----------------------------	--	----------------------------	--	----------------------------

la información y la eficacia del sistema en la gestión preventiva. Se requiere una revisión y ajuste integral del sistema documental.

## **NO CONFORMIDAD 4: No se encuentran actualizados los planes de prevención, preparación y respuesta ante emergencias.**

**Requisito incumplido:** Resolución 0312 de 2019; Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST).

**Criterio:** Actualización periódica y mejora continua de los planes de prevención, preparación y respuesta ante emergencias, conforme a los riesgos identificados y lecciones aprendidas.

### **Descripción de la no conformidad:**

Durante la auditoría se evidenció que los planes de prevención, preparación y respuesta ante emergencias de la sede administrativa y operativas se encuentran desactualizados, lo cual representa un incumplimiento frente a la obligación de revisión y ajuste periódico de dichos planes.

No se ha incorporado información clave derivada de las mejoras implementadas y los hallazgos identificados durante el año inmediatamente anterior, lo cual impide garantizar que los planes reflejen las condiciones actuales de riesgo, infraestructura, recursos, roles, y capacidades de respuesta de cada sede.

Esta situación afecta la capacidad organizacional para responder de manera eficaz ante una eventual emergencia y limita la articulación con el resto del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo.

### **Evidencia objetiva:**

- Versión actual de los planes de emergencia de sedes administrativas y operativas.
- Informes de hallazgos y lecciones aprendidas del año anterior.
- Ausencia de actas o evidencias de revisión y ajuste posterior a los hallazgos.
- Falta de integración de mejoras en los procedimientos operativos de emergencia.

### **Conclusión:**

El incumplimiento del requisito de actualización de los planes de emergencia compromete la eficacia del SG-SST y de la gestión del riesgo institucional. Se requiere realizar un ajuste integral de los documentos, con base en la información actualizada de riesgos, recursos, estructura organizativa y hallazgos recientes, a fin de garantizar su aplicabilidad y pertinencia.

<b>ELABORÓ</b> Profesional Universitario en Sistemas de Gestión	<b>FECHA</b> 11/03/2025	<b>REVISÓ</b> Jefe Oficina de Planeación Institucional	<b>FECHA</b> 11/03/2025	<b>APROBÓ</b> Jefe Oficina de Planeación Institucional	<b>FECHA</b> 11/03/2025
---	----------------------------	--	----------------------------	--	----------------------------



**NO CONFORMIDAD 5: No se evidencia la actualización de los procedimientos del SG-SST conforme a la normatividad vigente y los cambios que se realizan en las actividades del área.**

**Requisito incumplido:** Decreto 1072 de 2015, Resolución 0312 de 2019, y principios de mejora continua del SG-SST.

**Criterio:** Actualización, coherencia y trazabilidad de los procedimientos del SG-SST conforme a la normatividad vigente y las actividades institucionales.

**Descripción de la no conformidad:**

Durante la auditoría realizada al SG-SST se evidenció que los procedimientos del área presentan inconsistencias, desactualización en sus actividades y falta de claridad en la asignación de responsabilidades y registros, lo cual afecta su correcta implementación y seguimiento.

A continuación, se detallan algunos de los hallazgos específicos por procedimiento:

- **P1 – Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo:**
  - o El objetivo del procedimiento no contempla elementos clave como el seguimiento y la mejora continua del sistema.
  - o El alcance descrito no coincide con las actividades contempladas en el procedimiento.
  - o En la actividad 6, se limita el seguimiento al SG-SST a la auditoría interna, omitiendo otras acciones fundamentales como por ejemplo las inspecciones y el cumplimiento del plan de trabajo anual.
- **P2 – Identificación de Peligros, Valoración y Evaluación de Riesgos:**
  - o El procedimiento requiere actualización conforme a los lineamientos técnicos nacionales vigentes.
  - o No se define quién es el responsable de ejecutar cada actividad ni cuál es el registro documental asociado que garantice la trazabilidad.
- **P4 – Procedimiento Seguro para Manipulación de Cargas:**
  - o La lista de distribución incluye el nombre de un funcionario que ya no ejerce el cargo (Jhonattan Sisa), lo cual no garantiza la continuidad del documento. Se debe emplear el nombre del cargo y no de la persona para mantener la vigencia del procedimiento.
- **P6 – Procedimiento de Investigación de Incidentes y Accidentes Laborales:**
  - o El procedimiento está enfocado únicamente en accidentes laborales, sin incluir el tratamiento ni las acciones que deben tomarse en caso de incidentes laborales, lo que limita el enfoque preventivo del sistema.

**Evidencias:**

- Procedimientos del SG-SST (versiones vigentes).
- Revisión de responsabilidades y registros documentales en cada procedimiento.

**Conclusión:**

La falta de actualización y coherencia en los procedimientos del SG-SST afecta la eficacia del sistema, la claridad en la asignación de responsabilidades, y el cumplimiento de la normatividad

<b>ELABORÓ</b> Profesional Universitario en Sistemas de Gestión	<b>FECHA</b> 11/03/2025	<b>REVISÓ</b> Jefe Oficina de Planeación Institucional	<b>FECHA</b> 11/03/2025	<b>APROBÓ</b> Jefe Oficina de Planeación Institucional	<b>FECHA</b> 11/03/2025
---	----------------------------	--	----------------------------	--	----------------------------

vigente. Se requiere realizar un ajuste integral que garantice la trazabilidad, pertinencia y aplicabilidad de cada procedimiento en función de la realidad operativa de la organización.

## **NO CONFORMIDAD 6: Falta de actualización de las matrices que tienen incidencia en el área de Seguridad y Salud en el Trabajo.**

**Requisito incumplido:** Decreto 1072 de 2015, Resolución 0312 de 2019.

**Criterio:** Actualización y cumplimiento de las matrices aplicables en materia de SST, ambiente y gestión del riesgo, con trazabilidad documental y normativa vigente.

### **Descripción de la no conformidad:**

Durante la auditoría se evidenció que la matriz de requisitos legales y otros documentos técnicos asociados no se encuentran actualizados, lo cual representa una brecha frente a la normatividad vigente y afecta la capacidad del sistema para asegurar el cumplimiento legal, la gestión de peligros y la prevención del riesgo químico. A continuación, se detallan los hallazgos:

#### **- M3 – Matriz de Requisitos Legales en SST – V2:**

- Se requiere actualizar la matriz incorporando normativas que no han sido incluidas, a pesar de estar vigentes y ser aplicables a las actividades de la entidad.
- Entre ellas se destacan:
  - Circular 045 de 2025 del Ministerio de Salud sobre fiebre amarilla.
  - En el componente ambiental: Acuerdo Metropolitano No. 12 de 2013, Resolución 591 de 2024 y Resolución 0803 de 2024.
  - En el componente de riesgo psicosocial: Circular 070 del 25 de octubre de 2024, Ley 2365 del 4 de septiembre de 2024, y las Circulares 0012 y 0015 de 2024 del Ministerio del Trabajo.
- Además, no se evidencian actividades asociadas a cada norma identificada, lo que limita el seguimiento efectivo del cumplimiento legal.

#### **- F-02 – Matriz de Identificación de Peligros, Valoración y Evaluación de Riesgos:**

- No ha sido actualizada desde el año 2022, lo cual impide una visión actualizada de los peligros y riesgos de la organización.
- Se observa que el peligro por COVID-19 aún está registrado de manera específica, sin haberse actualizado a una categoría más general como “virosis respiratorias”, lo cual se recomienda por pertinencia y vigencia.

#### **- Matriz de inventario de sustancias químicas (bodega PTAP, laboratorio y PTAR):**

<b>ELABORÓ</b> Profesional Universitario en Sistemas de Gestión	<b>FECHA</b> 11/03/2025	<b>REVISÓ</b> Jefe Oficina de Planeación Institucional	<b>FECHA</b> 11/03/2025	<b>APROBÓ</b> Jefe Oficina de Planeación Institucional	<b>FECHA</b> 11/03/2025
---	----------------------------	--	----------------------------	--	----------------------------



- Se requiere realizar la revisión, aprobación y estandarización de los formatos de inventario de sustancias químicas, dado que actualmente no hay uniformidad documental, ni evidencia de una revisión reciente.

**- Matriz de comunicaciones internas y externas**

- Se requiere actualización del formato establecido por calidad

**Evidencia objetiva:**

- M3 – Matriz de requisitos legales (versión 2)
- F-02 – Matriz de identificación de peligros (última versión 2022)
- Inventarios de sustancias químicas de PTAP, laboratorio y PTAR

**Conclusión:**

La falta de actualización y trazabilidad en la matriz de requisitos legales, la matriz de peligros y los inventarios de sustancias químicas representa un incumplimiento frente a la normatividad vigente y a los principios del SG-SST y del Sistema de Gestión Ambiental. Es necesario realizar la actualización e integración inmediata de los documentos, para garantizar la prevención de riesgos, el cumplimiento legal y la mejora continua del sistema.

**NO CONFORMIDAD 7: Deficiencias en las temáticas de las reuniones mensuales del COPASST, no se evidenciaron temas como la revisión de inspecciones, las investigaciones de incidentes y accidentes del periodo establecido, y seguimiento a condiciones de trabajo.**

**Requisito incumplido:** Decreto 1072 de 2015, Resolución 0312 de 2019, Resolución 2013 de 1986 – Funciones del COPASST.

**Criterio:** Reuniones del COPASST

**Descripción de la no conformidad:**

Durante la auditoría se evidenció que las actas del COPASST carecen de información y temáticas referentes a las funciones normativas que le corresponden, especialmente en lo relacionado con su participación directa en inspecciones de seguridad, investigaciones de incidentes y accidentes laborales, y el seguimiento a condiciones de trabajo.

Si bien existen registros de reuniones del comité, no se encuentra evidencia clara ni consistente que demuestre su intervención efectiva en dichas actividades, lo cual limita el cumplimiento de sus funciones legales y la articulación con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. Esta situación genera una brecha en el principio de participación de los trabajadores y limita el impacto del COPASST en la identificación y control de riesgos laborales.

<b>ELABORÓ</b> Profesional Universitario en Sistemas de Gestión	<b>FECHA</b> 11/03/2025	<b>REVISÓ</b> Jefe Oficina de Planeación Institucional	<b>FECHA</b> 11/03/2025	<b>APROBÓ</b> Jefe Oficina de Planeación Institucional	<b>FECHA</b> 11/03/2025
---	----------------------------	--	----------------------------	--	----------------------------

## Evidencia objetiva:

- Actas del COPASST.

## Conclusión:

La falta de coherencia entre las funciones normativas asignadas al COPASST y su participación evidenciada en las actividades del SG-SST constituye una no conformidad que debilita el sistema de vigilancia en el lugar de trabajo. Se requiere asegurar su integración efectiva en las inspecciones, investigaciones y demás acciones correctivas y preventivas del sistema.

## OPORTUNIDADES DE MEJORA.

- 1. Actualización y codificación documental:** Se recomienda codificar y formalizar la documentación que actualmente se encuentra en proceso de elaboración, con el fin de mantener actualizada toda la documentación del Sistema de Gestión, tanto en lo relacionado con Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) como con Seguridad Vial (PESV).
- 2. Mejorar el procedimiento de participación y consulta de los trabajadores:** Aunque se han definido canales de comunicación, se observa que no está claramente especificado el procedimiento mediante el cual se garantiza la participación y consulta de los trabajadores. Se sugiere detallar qué se comunica, cuándo, cómo, quién es responsable de la comunicación y a quién va dirigida.
- 3. Fortalecer la matriz de comunicaciones internas y externas:** Es necesario alimentar y estructurar la matriz de comunicaciones del Sistema de Gestión, especificando claramente los medios utilizados para los distintos tipos de comunicación (comunicación de riesgos, novedades de comités, identificación de peligros, valoración de riesgos, determinación de controles, investigación de incidentes, socialización de manuales y procedimientos, divulgación del PESV, ingreso de visitantes y contratistas, rendición de cuentas, entre otros).
- 4. Gestión de información de sustancias químicas:** Se recomienda imprimir y mantener copias digitales accesibles de las certificaciones de calidad del cloro gaseoso utilizado en las tuberías, inventarios de sustancias químicas y fichas de seguridad (en español) de los insumos de la bodega, planta y laboratorio. Esta documentación debe estar disponible para consulta de todos los trabajadores.  
  
Además, toda la información referente al Sistema Globalmente Armonizado (SGA) debe estar debidamente integrada en el Sistema de Gestión.
- 5. Revisión y actualización integral de los procedimientos:** Se sugiere aplicar un proceso de revisión y actualización uniforme a todos los procedimientos, asegurando que:
  - Cumplan con los lineamientos normativos y legales vigentes.
  - Incluyan los registros utilizados en cada actividad, debidamente codificados.

<b>ELABORÓ</b> Profesional Universitario en Sistemas de Gestión	<b>FECHA</b> 11/03/2025	<b>REVISÓ</b> Jefe Oficina de Planeación Institucional	<b>FECHA</b> 11/03/2025	<b>APROBÓ</b> Jefe Oficina de Planeación Institucional	<b>FECHA</b> 11/03/2025
---	----------------------------	--	----------------------------	--	----------------------------

- Se identifiquen y consideren requisitos legales no contemplados previamente.
- Las actividades descritas contribuyan efectivamente al cumplimiento de los objetivos del sistema.

## 6. Fortalecer la gestión del PESV: Se recomienda:

- Incluir al líder del PESV en la matriz de roles y responsabilidades.
- Designar como responsable de la formulación, implementación, ejecución y seguimiento de PESV a un funcionario de planta.
- Crear el Comité de Seguridad Vial conforme a los lineamientos del programa.
- Actualizar las recomendaciones de los análisis de puestos de trabajo. El último análisis realizado fue en octubre de 2024 (Auxiliar Administrativo - Archivo) y en julio de 2024 (Auxiliar de Barrido) y evidenciar la ejecución de las recomendaciones, el seguimiento después de ejecutadas las recomendaciones con el fin de identificar si fueron o no efectivas

## CONCLUSIONES DE LA AUDITORÍA

- Se evidenciaron no conformidades significativas en la implementación y mantenimiento de los sistemas de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) y Seguridad Vial (PESV), que requieren atención prioritaria.
- Aunque las políticas están debidamente formuladas, se identificó una brecha entre su existencia formal y el nivel de conocimiento, divulgación y apropiación por parte del personal.
- Se encontraron documentos en proceso de elaboración que aún no cuentan con codificación ni han sido formalmente integrados al sistema de gestión, lo cual afecta la trazabilidad y el control documental.
- Es necesario realizar una revisión integral de la documentación existente, con el fin de actualizar las actividades y registros de acuerdo con las prácticas actualmente implementadas en cada área.
- Se recomienda designar a un funcionario de planta como responsable del PESV, para garantizar continuidad, seguimiento y cumplimiento de los lineamientos del programa.
- Se identifica la necesidad de crear el Comité de Seguridad Vial, como instancia clave para fortalecer la gestión del programa y cumplir con la normatividad vigente.
- Se requiere establecer un proceso claro y documentado para el seguimiento a los resultados de los exámenes médicos ocupacionales y a los casos de enfermedades laborales, con el fin de adoptar acciones preventivas y correctivas oportunas.

## RECOMENDACIONES PARA LA SIGUIENTE AUDITORÍA

- Actualizar, adoptar mediante acto administrativo y publicar el Manual del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) correspondiente al año 2025.
- Actualizar, adoptar mediante acto administrativo y publicar el Plan Estratégico de Seguridad Vial (PESV) 2025.
- Fortalecer la divulgación y apropiación de las políticas institucionales a través de actividades de capacitación, registros fotográficos y listas de asistencia debidamente firmadas.

<b>ELABORÓ</b> Profesional Universitario en Sistemas de Gestión	<b>FECHA</b> 11/03/2025	<b>REVISÓ</b> Jefe Oficina de Planeación Institucional	<b>FECHA</b> 11/03/2025	<b>APROBÓ</b> Jefe Oficina de Planeación Institucional	<b>FECHA</b> 11/03/2025
---	----------------------------	--	----------------------------	--	----------------------------

- Asegurar el uso de los formatos establecidos para el seguimiento de actividades, registrando de manera oportuna los avances, dificultades y acciones tomadas.
- Para la próxima auditoría, presentar evidencias de evaluación de competencias del personal responsable del SG-SST y del PESV, así como las acciones de mejora implementadas con base en los resultados.
- Garantizar que la revisión por la dirección esté sustentada en evidencias reales y verificables, correspondientes al periodo evaluado.
- Implementar las acciones necesarias para el cierre efectivo de los hallazgos identificados en auditorías anteriores.
- Unificar y consolidar la información documental del área, de forma que la evidencia digital coincida plenamente con la información presentada en entrevistas y en terreno.
- Asegurar que toda la documentación generada por contratistas sea entregada al área correspondiente y reposada adecuadamente dentro del sistema de gestión.
- Fortalecer el seguimiento a los hallazgos médicos y enfermedades laborales.

## ASPECTOS POSITIVOS (Incluyendo los obstáculos encontrados y las oportunidades de mejora).

### - Planificación estructurada

Se evidenció un plan de trabajo del SG-SST debidamente estructurado, con un cronograma de actividades alineado a los objetivos del sistema de gestión, lo cual permite una planificación organizada y orientada al cumplimiento normativo.

### - Seguimiento a actividades clave

Se observó cumplimiento parcial de actividades prioritarias, apoyado por herramientas como formatos de seguimiento que facilitan el control y monitoreo de las acciones programadas.

### - Aplicación de pruebas de alcoholimetría

Durante el primer trimestre de 2024 se realizaron pruebas de alcohol y sustancias psicoactivas a trabajadores como Carmen Ferrer (31 de enero), Sandra P. Jaimes (4 de febrero) y Fabián Jerez (10 de marzo), utilizando el formato GAF-SST-SGS01-130.F27 y la carta de consentimiento informado GAF-SST-PR-A09-130.F01, lo cual demuestra cumplimiento con el protocolo establecido.

### - Valoración médica ocupacional (EMO)

Se realizaron exámenes médicos ocupacionales en agosto de 2024 para el personal administrativo, y en abril de 2025 para el personal operativo, incluyendo evaluaciones específicas para trabajo en alturas y espacios confinados.

### - Gestión de accidentes de trabajo

Se verificó la atención oportuna de accidentes laborales, como el caso del 20 de marzo de 2025, donde la trabajadora Ana Milena Carrillo sufrió una lesión en el dedo pulgar. El incidente fue reportado el mismo día (radicado 8408925) y notificado a la EPS al día siguiente. Se documentó el

<b>ELABORÓ</b> Profesional Universitario en Sistemas de Gestión	<b>FECHA</b> 11/03/2025	<b>REVISÓ</b> Jefe Oficina de Planeación Institucional	<b>FECHA</b> 11/03/2025	<b>APROBÓ</b> Jefe Oficina de Planeación Institucional	<b>FECHA</b> 11/03/2025
---	----------------------------	--	----------------------------	--	----------------------------

formato de investigación, se desarrolló una capacitación sobre cuidado de los pies, identificación de riesgos y socialización de lecciones aprendidas.

## - Ejecución del cronograma de inspecciones

Se evidenció cumplimiento del cronograma de inspecciones, incluyendo:

- Inspección mensual de elementos de protección personal (EPP).
- Inspección cuatrimestral de extintores, orden y aseo, instalaciones locativas y botiquines.

## - Ejercicio de simulacros y capacitación en emergencias

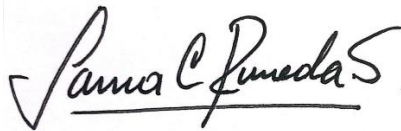
Se realizaron actividades de preparación para emergencias en diferentes sedes durante 2024:

- Simulacros en el archivo y en la Colina en diciembre.
- Capacitación en primeros auxilios en el Santuario en junio.
- Brigada de emergencia en la sede administrativa en septiembre.
- Participación en el Simulacro Nacional de Emergencias en octubre.

**FIRMA AUDITOR LÍDER:**



**FIRMA AUDITOR:**



**FECHA: 09 de julio de 2025**

<b>ELABORÓ</b> Profesional Universitario en Sistemas de Gestión	<b>FECHA</b> 11/03/2025	<b>REVISÓ</b> Jefe Oficina de Planeación Institucional	<b>FECHA</b> 11/03/2025	<b>APROBÓ</b> Jefe Oficina de Planeación Institucional	<b>FECHA</b> 11/03/2025
---	----------------------------	--	----------------------------	--	----------------------------