ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. DESARROLLO ECONÓMICO Instituto Distrital de Turismo	**INFORME DE AUDITORÍA**

1. INFORMACIÓN GENERAL
FECHA DEL INFORME: 01 de julio de 2021.
PROCESO/DEPENDENCIA AUDITADA: Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo SG- SST / Talento Humano
NOMBRE Y CARGO DEL RESPONSABLE DEL PROCESO / DEPENDENCIA AUDITADA: Edwin Oswaldo Peña Roa - Subdirector de Gestión Corporativa y Control Disciplinario.
AUDITOR LÍDER: Diana Marcela Amaya Suárez
EQUIPO AUDITOR: Yesmindelid Riaño Sastre
2. OBJETIVOS Y ALCANCE DE LA EVALUACIÓN Y AUDITORÍA
Objetivo de la Auditoria: Evaluar la conformidad del proceso con los requisitos de la organización, los requisitos normativos aplicables (MIPG), si se han identificado e implementado mejoras y como éste ha aportado al cumplimiento de los objetivos de la entidad.
Alcance de la Auditoria: Las actividades realizadas por el proceso de talento humano conforme al Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST, en el periodo comprendido entre el 01 de octubre de 2019 al 31 de mayo de 2021.
Criterios de auditoría: Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), Decreto Nacional 1072 de 2015 Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo, Normas NTC-ISO 9001:2015, ISO:14001:2015, e ISO 45001: 2018, Manual de funciones de la entidad, caracterización, procedimientos, instructivos, manuales, riesgos, indicadores, planes de mejoramiento, plan de gestión, proyectos de inversión asociados, inventarios, Informes de auditoría de POSITIVA ARL, Matriz de requisitos legales, normatividad vigente aplicable y demás documentos pertenecientes al proceso.

INFORME FINAL

3. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA

A. Descripción de Hallazgo: marque con una X según corresponda No Conformidad(NC);Observación (OB)

No	HALLAZGO		DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGOS
	OBS	NC	
1.		**X**	Se observan incumplimientos conforme a directrices emitidas por el Decreto Nacional 1072 de 2015 relacionados con la política de Seguridad y Salud en el Trabajo del Instituto Distrital de Turismo.
2.		**X**	Existen indicadores reglamentados por el Decreto 1072 de 2015, que no se encuentran Implementados y/o actualizados y no permiten evaluar la estructura, del proceso y los resultados del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo en el IDT. No conformidad Transversal con la asesoria Cominicaciones.
3.		**X**	No se evidencia la creación de un plan de trabajo producto del informe realizado por el profesional en riesgos de la ARL.
4.		**X**	Se observa que los lineamientos establecidos para la realización de exámenes médicos periódicos y de egreso no se están cumpliendo de forma integral, adicionalmente no fue posible realizar la verificación global de la información requerida para este tema, ya que el proceso no aporto la totalidad de la misma.
5.		**X**	Se observa que existe información documentada que no se encuentra debidamente actualizada, lo que no permite que sea integralmente idónea para su consulta y aplicación.
6.		**X**	Se observa que no se cumple integralmente con lo estipulado en el plan de emergencias adoptado por la entidad.
7.	**X**		Dos (2) de los veinte (20) extintores que están a disposición del personal del IDT, para casos de emergencia, no se encuentran en lugares de fácil acceso, por tanto no se pudo realizar la verificación e inspección de los mismos.

Total Hallazgos: No conformidades**: 6** Observaciones:**1**

NOTAS:
Las observaciones son aspecto que eventualmente puede llegar a ser una No Conformidad.
Las no conformidades son incumplimiento de requisitos.

INTERNAL

DESARROLLO DE LA AUDITORIA

En el marco de lo definido por la "***Guía** de **auditoría interna basada en riesgos para entidades públicas"*** **versión 4 (julio 2020)**, expedida por el Departamento Administrativo de la Función Pública- DAFP, la cual adopta los lineamientos de la Ley 87 de 1993 "*Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones"* y teniendo en cuenta que la guía se formula para apoyar la efectiva implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG la cual se encuentra enmarcada en dos de sus dimensiones: una es la de "Direccionamiento estratégico y planeación" donde define la auditoría como una fuente alterna de información en el análisis de la entidad; y la otra es la de "Control interno", allí define la auditoría como "una actividad independiente y objetiva de aseguramiento y consulta, concebida para agregar valor y mejorar las operaciones de la entidad; ayudando a cumplir sus objetivos, aportando un enfoque sistemático y disciplinado para evaluar y mejorar la eficacia de los procesos de gestión de riesgos, control y gobierno, así las cosas se procede a llevar el presente ejercicio auditor.
Analizadas las dimensiones de MIPG (1 ª dimensión de talento humano y 2ª dimensión -Direccionamiento estratégico, políticas, componentes y su relación con el Sistema de Seguridad y Salud en el trabajo, así como la normatividad aplicable al proceso, y teniendo en cuenta los lineamientos internos (caracterización, manuales, procedimientos, formatos, etc.), se procedió a elaborar las listas de verificación para validar el cumplimiento en cada uno de las directrices anteriormente identificadas.
Como resultado de esta articulación, se describe a continuación los resultados obtenidos, teniendo en cuenta las dimensiones de MIPG, aplicables al proceso.

2ª. DIMENSIÓN "DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y PLANEACIÓN"

-
Aspectos mínimos para la implementación

- **Caracterización:** se observa que el documento cuenta con las entradas identificadas requeridas y las salidas esperadas del proceso, así como la inclusión oportuna de las actividades del ciclo PHVA. Por otro lado, se evidencia su correlación con las obligaciones definidas dentro del manual de funciones para los cargos referentes al proceso de Gestión de talento humano y lo concerniente al sistema se seguridad y salud en el trabajo.

- **Manual de Funciones:** El documento fue actualizado en el mes de diciembre de 2019, observando que el perfil específico para la Subdirección de Gestión Corporativa –Talento Humano tiene definida las siguientes funciones:

INFORME FINAL

- Elaborar el plan estratégico de recursos humanos, el plan anual de vacantes y actualizar el Manual específico de Funciones, Requisitos y Competencias para el logro de la gestión institucional.
- Definir, ejecutar y realizar el seguimiento a las actividades relacionadas con la elaboración y ejecución de los programas de bienestar, estímulos e incentivos, capacitación, inducción, re inducción y seguridad y salud en el trabajo del talento humano y los demás que sean de la competencia del proceso de gestión del talento humano.
- Realizar el ingreso y seguimiento a la actualización de la información de la historia laboral de los funcionarios ingresada en el aplicativo establecido para que exista correspondencia del proceso de gestión del talento humano.
- Verificar la información requerida en la preparación y expedición de los certificados, formatos y trámites y demás documentación del proceso de gestión del talento humano.
- Proyectar los actos administrativos con el fin de legalizar las situaciones administrativas de los funcionarios de acuerdo a los requerimientos de la entidad oportunamente.
- Desarrollar la gestión de la evaluación del desempeño y los acuerdos de gestión de los gerentes públicos de acuerdo a la normatividad vigente para verificar el cumplimiento de los objetivos institucionales.
- Elaborar y actualizar el manual de procesos y procedimientos de la dependencia, en concordancia con las directrices que se establezcan para tales fines.
- Responder por la conformación del de la comisión del personal, el comité paritario de seguridad y salud en el trabajo, el comité de convivencia laboral, y el grupo de gestores éticos del instituto, de acuerdo con la normatividad vigente.
- Gestionar los procesos y actividades que demanden la asignación de comisiones de estudio y de servicios al exterior, de acuerdo a las políticas y el plan institucional de capacitación del talento humano.
- Elaborar, ejecutar y presentar reportes de seguimiento del Plan Operativo Anual (POA) del proceso.
- Brindar atención óptima al ciudadano proporcionando información oportuna, dentro de los términos de confiabilidad.
- Efectuar seguimiento del asunto, a fin de obtener del funcionario competente respuesta concreta que deberá comunicar al ciudadano que ha recurrido al servicio.
- Contribuir en el proceso de diseño e implementación del Sistema Integrado de Gestión del Instituto Distrital de Turismo.

INFORME FINAL

- Desempeñar las demás funciones relacionadas con la naturaleza del cargo y área de desempeño.

Al respecto se evidencia que el manual de funciones es conforme al perfil y funciones estimados para el cumplimiento de la misionalidad del proceso.

- **Indicadores:** El Sistema de Gestión de seguridad y Salud en el trabajo durante la vigencia 2020 y 2021 contaba y cuenta con los siguientes indicadores:

1. Ejecución Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo
2. Frecuencia de accidentabilidad
3. Proporción de accidentes de trabajo
4. Prevalencia de enfermedad laboral
5. Severidad de los accidentes de trabajo
6. Ausentismo enfermedad laboral
7. Incidencia de enfermedad laboral
8. Cumplimiento de los requisitos de estructura
9. Cumplimiento en la investigación de incidentes, accidentes y enfermedades laborales
10. Ejecución de las fases de rediseño institucional
11. Cumplimiento de los objetivos en seguridad y salud en el trabajo
12. Cumplimiento de programas de vigilancia epidemiológica
13. Cumplimiento de Requisitos de Estructura del SG SST
14. Cumplimiento en la investigación de incidentes, accidentes y enfermedades laborales
15. Evaluación de acciones de mejora
16. Evaluación de las condiciones de salud
17. Evaluación de las condiciones de trabajo de los colaboradores.
18. Frecuencia de accidentabilidad
19. Proporción de accidentes de trabajos mortales.
20. Porcentaje de Satisfacción laboral
21. Ejecución de las fases de rediseño institucional

De acuerdo a la información anterior, tomada con corte a 30 de mayo de 2021 y aun cuando el porcentaje de avance ha aumentado desde ese momento a la fecha de ejecución de la auditoria, se evidencia una serie de inconsistencias con el reporte de los mismos, esta situación se describe en mayor detalle dentro de las No conformidades del presente informe.

FINAL

- **Plan de Gestión Institucional**

Se realiza la verificación de las actividades que concierne al SG-SST definidas dentro del Plan Gestión Institucional del proceso de Talento Humano para la vigencia 2020 y 2021, observando que:

Vigencia 2020: para el primer semestre de la vigencia 2020, las actividades de Seguridad y Salud en el Trabajo se encuentran asociadas al proyecto de inversión 1038-185, en las metas establecidas del Plan de Gestión de Talento Humano, se corroboró que el SG-SST, cumplió de la siguiente manera con las actividades propuestas:

- Adelantar las gestiones necesarias a fin de contar el recurso humano requerido para apoyar la gestión del proceso de Talento Humano: cumplimiento 100%
- Revisar y ajustar la documentación del proceso de Gestión de Talento Humano (SG-SST), en el marco de adecuación y sostenibilidad del SIG.MIPG: cumplimiento 100%
- Planear, elaborar y adoptar, el Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo 2020: cumplimiento 100%
- Desarrollar las actividades programadas en el marco del Plan de SG-SST Institucional: cumplimiento 96.9% (Se llevaron a cabo 31 actividades de las 32 que se tenían programada)
- Realizar encuestas de satisfacción a las actividades contratadas por la entidad y aquellas de alto impacto en el interior de la comunidad institucional, en el marco de los Planes de Bienestar, Capacitación y SG SST: cumplimiento 100%.

Para el segundo semestre del 2020, se constata que las actividades de SG-SST, se encuentran asociadas al proyecto de inversión 7709, cumpliendo con lo programado de la siguiente manera:

- Creación del Manual del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo: cumplimiento 100%
- Promoción de la Seguridad y Salud en el Trabajo destinando una semana para la ejecución de actividades enfocadas a la promoción y prevención de la salud laboral para todos los servidores del IDT, independientemente de su vinculación laboral (planta, provisional, libre nombramiento y remoción, y contratistas): cumplimiento 100%
- Creación del Protocolo general de Bioseguridad sobre las medidas preventivas y de mitigación tendientes a contener la infección respiratoria aguda por Covid-19 en las actividades presenciales y de trabajo en casa del IDT: cumplimiento 100%
- Segunda jornada de Fortalecimiento técnico a la Estratégica de la Sala Amiga de la Familia Lactante del Entorno Laboral, realizado por la Secretaría de Integración Social: cumplimiento 100%.
- Actualización del Plan de Emergencia y Análisis de Vulnerabilidad: cumplimiento 100%.
- Creación del Blog de la Brigada de Emergencia: cumplimiento 100%

De acuerdo a lo anterior se evidencia un cumplimiento del 100% de las actividades programadas dentro del Plan de Gestión Institucional, que se encuentran asociadas al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo SG-SST durante la vigencia 2020.

Vigencia 2021: Se realiza la revisión del Plan de Gestión Institucional de la vigencia 2021, respecto a las actividades asociadas al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo SG-SST, observando:

- Promoción de la Seguridad y Salud en el Trabajo destinando una semana para la ejecución de actividades enfocadas a la promoción y prevención de la salud laboral para todos los servidores del IDT, independientemente de su vinculación laboral (planta, provisional, libre nombramiento y remoción, y contratistas): Con fecha de cumplimiento en el mes de octubre 2021.
- Actualización del Protocolo general de Bioseguridad sobre las medidas preventivas y de mitigación tendiente a contener la infección respiratoria aguda por Covid-19 en las actividades presenciales y de trabajo en casa del IDT. Con fecha de cumplimiento en el mes de julio.
- Actualización del Plan de Emergencia y Análisis de Vulnerabilidad: con fecha de cumplimiento en el mes de junio 2021, observando cumplimiento del 100%.
- Actualización del Blog de la Brigada de Emergencia: con fecha de cumplimiento en el mes septiembre.

De acuerdo a lo anterior se evidencia que, a la fecha de la presente auditoria, las actividades que se encuentran programadas con fecha fin dentro del alcance de la misma, cumplió en un 100%, con lo programado.

- **Planes de mejoramiento:** Se realizó seguimiento al plan de mejoramiento del proceso de Talento Humano SG-SST, referente a las acciones con fecha de cumplimiento al 31 de mayo de 2021, obteniendo el siguiente resultado:

- **Acción No. 1** "*Capacitar al personal que brinda el servicio de conducción frente al manejo adecuado del kit de derrames de sustancias químicas (aceite o hidrocarburos)":* Al respecto se observa por medio de listado de asistencia y registro fotográfico que el 25 de mayo de 2021 se realizó capacitación por parte del profesional PIGA de la Entidad sobre el manejo idóneo del kit de derrames de sustancias químicas.
- **Acción No. 2** *"Capacitar a los brigadistas y personal de servicios generales frente al manejo adecuado del kit de sustancias peligrosas":* Se observa por medio de listado de asistencia del 15 de junio de 2021 que se llevó a cabo capacitación a los brigadistas por parte de profesional de la ARL, así las cosas, hace falta hacer capacitación al personal de servicios generales.

INFORME FINAL

- **Acción No. 3** "*Actualizar el Plan de Emergencia de la entidad, con el objetivo de incluir la ubicación, personal responsable e instrucciones de manejo del kit de sustancias peligrosas":* Durante el mes de mayo de 2021 se realizó la actualización del plan de emergencias de la entidad, en este se incluyó ubicación, instrucciones y personal responsable de manejo de los kits de sustancias peligrosas.

Se observa que de las tres (3) acciones revisadas, 2 de ellas se cumplieron a cabalidad, la acción referente a *"Capacitar a los brigadistas y personal de servicios generales frente al manejo adecuado del kit de sustancias peligrosas*" presenta un avance parcial, puesto que no se evidencia la capacitación al personal de servicios generales, lo que origina que deba ser reprogramada.

- **Riesgos:**

Se realiza la verificación de la matriz de riesgos adoptada por la entidad para la vigencia 2020 y 2021, donde se identifica un riesgo asociado al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo *"Incumplimiento de los requisitos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo"*, en el cual no se evidencio materialización para las vigencias objeto del alcance de la auditoria.

Adicionalmente no se evidencia la prevención y actuaciones frente a situaciones de riesgo adaptada a las condiciones de los tele trabajadores.

- **Mapas de aseguramiento:**

El sistema de Seguridad y Salud en el trabajo no ha identificado oportunidad y/o necesidad de creación de un mapa de aseguramiento.

- **Plan anual de adquisiciones y ejecución presupuestal:**

Se realiza la revisión del Plan Anual de Adquisiciones vigencia 2020 y 2021, donde se constató, que el sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo, cuenta con los recursos humanos, físicos y financieros para operar adecuadamente.

Los recursos financieros son asignados al Sistema de Gestión y Seguridad Salud en el Trabajo- SG-SST del presupuesto de gastos de funcionamientos, y se encuentran contemplado dentro del Rubro No.3-1-2-02-08-Salud Ocupacional, distribuido en los siguientes ítems:

• Realización de exámenes médicos ocupacionales y jornada de vacunación.

• Adquisición de elementos de seguridad y prestación del servicio de recarga y mantenimiento de extintores.

• Servicio de recarga y/o mantenimiento de extintores.

FORME FINAL

Se verifica que en la vigencia 2020, se asignó un valor de $ **8.857.832**, de los cuales se ejecutaron un valor de $ **8.683.141**, lo que equivale a una ejecución presupuestal del **98%.,**

Se evidencia que para la vigencia 2019, se suscribe el contrato No 227, con el objeto contractual " *PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA REALIZACIÓN DE EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES Y DE UNA JORNADA DE VACUNACIÓN PARA LOS SERVIDORES PÚBLICOS DEL INSTITUTO DISTRITAL DE TURISMO"* con fecha 01 de octubre del 2019, por un periodo de seis meses por un valor de $ 6.009.000, es decir al 01 de abril del 2020, este contrato tuvo dos prórrogas la primera por 6 meses y la segunda por 1 mes. Comprendiendo, que los exámenes médicos llevados a cabo hasta noviembre del 2020 se realizaron bajo este contrato.

Para la vigencia 2020, se celebró el contrato No 300 con fecha del 15 de diciembre del 2020, con un plazo de 12 meses, con el objeto contractual "*PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA REALIZACIÓN DE EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES Y DE UNA JORNADA DE VACUNACIÓN PARA LOS SERVIDORES PÚBLICOS DEL INSTITUTO DISTRITAL DE TURISMO",* este suscrito con fecha Acta de inicio del 29 de diciembre del 2020, por un valor de $ 6.500.000., lo que comprende la realización de los exámenes médicos durante la vigencia 2021.

Para la vigencia 2021, se asignaron rubros presupuestales para este concepto de $ **6.840.000,** y a la fecha de la presente auditoria se han ejecutado **$ 259.558**, lo que equivale a **3.79%** del presupuesto total asignado

PRIMERA DIMENSIÓN "Talento Humano" MIPG

1.3 Política Atributos de calidad de la Dimensión

Se realiza la verificación del ***Decreto Nacional 1072 de 2015*** por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo, en el cual se observa lo siguiente:

- Las personas tienen el derecho a la libre escogencia de su Administradora de Riesgos Laborales, no obstante, el IDT sugiere que esta afiliación se realice con la ARL positiva.
- El Instituto Distrital de Turismo cuenta con una Política de SG-SST del año 2019, esta hace parte de las políticas de gestión de la entidad, con alcance sobre todos sus centros de trabajo y todos sus trabajadores, independiente de su forma de contratación o vinculación.
- La entidad estableció en la Política de SG-SST, el compromiso para la implementación del SG-SST para la gestión de los riesgos laborales.
- La política de SG-SST es específica para la entidad y apropiada para la naturaleza de sus peligros y el tamaño de la organización.

INFORME FINAL

- Se ha realizado la socialización de la política del SG-SST por medio de correo electrónico en las vigencias 2020 y 2021.
- La Administradora de Riesgos Laborales POSITIVA, ha capacitado al Comité Paritario (COPASST) en los aspectos relativos al Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.
- Se tiene documentado un Programa de Capacitación en SG-SST en el IDT el cual es extensivo a todos los niveles de la organización incluyendo a trabajadores dependientes, contratistas vigencia 2020 resolución 023 del 30 de enero y Resolución No. 006 de 25 de enero de 2021.
- El programa de capacitación en SST es revisado mínimo una (1) vez al año con la participación del COPASST y la Alta Dirección de la entidad con el fin de identificar las acciones de mejora.
- Se encuentran documentados los procedimientos e instructivos internos de seguridad y salud en el trabajo (SG-SST).
- En la vigencia 2020 y 2021 se llevó a cabo la actualización o creación de los siguientes documentos del sistema:

  - TH-MO4 Manual de Seguridad y Salud en el Trabajo V1 (15-09-2020).
  - TH-P21 Procedimiento para la realización de los exámenes médicos V1 (22-04-2020)
  - TH-I10 Instructivo operación sala amiga V1 (22-04-2020)
  - Plan de emergencia 2021.
  - Matriz de identificación de Peligros 2021 Documento ARL positiva.
  - Análisis de Vulnerabilidad 2021 Instituto Distrital de Turismo.

- Se realiza la identificación anual de peligros y evaluación y valoración de los riesgos en el IDT.
- Se cuenta con los soportes de la convocatoria, elección y conformación del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo y las actas de sus reuniones o la delegación del Vigía de Seguridad y Salud en el Trabajo y los soportes de sus actuaciones.
- Se elabora y cumple con un sistema de archivo o retención documental, acorde con la normatividad vigente y las políticas de la entidad, para conservar los demás documentos y registros del SG-SST.
- Se tienen establecidos mecanismos eficaces para recibir, documentar y responder adecuadamente a las comunicaciones internas (Correo electrónicoestadosalud_@idt.gov.co y carteleras) y externas (oficios) relativas a la seguridad y salud en el trabajo.

INFORME FINAL

- Se aplica una metodología sistemática, con alcance sobre todos los procesos y actividades rutinarias y no rutinarias internas y/o externas, máquinas y equipos, todos los centros de trabajo y todos los trabajadores independientemente de su forma de contratación y vinculación, esta permite identificar los peligros y evaluar los riesgos en seguridad y salud en el trabajo, con el fin que se puedan priorizar y establecer los controles necesarios, realizando mediciones ambientales cuando se requiera.
- En la evaluación inicial del SG-SST se incluye, la identificación de la normatividad vigente en materia de riesgos laborales y los estándares mínimos del Sistema de Garantía de Calidad del Sistema General de Riesgos Laborales para empleadores, que se reglamenten y le sean aplicables.
- Se han establecido 4 Objetivos de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) en el IDT:

1. Identificar los peligros, evaluar y valorar los riesgos, estableciendo los respectivos controles
2. Asegurar el cumplimiento de las normas y procedimientos en Seguridad y Salud en el Trabajo, de acuerdo a la normatividad vigente.
3. Fomentar programas de promoción y prevención enfocados a mantener estilos de vida saludables.
4. Evaluar el grado de efectividad y cumplimiento de las acciones del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en Trabajo.

- Se han definido para cada uno de los indicadores, una ficha técnica que contenga como mínimo las siguientes variables:

- Definición del indicador
- Interpretación del indicador
- Límite para el indicador o valor a partir del cual se considera que cumple o no con el resultado esperado
- Método de cálculo
- Fuente de la información para el cálculo
- Periodicidad del reporte
- Personas que deben conocer el resultado

- La entidad implementa y mantiene las disposiciones necesarias en materia de prevención, preparación y respuesta ante emergencias, con cobertura a todos los centros y turnos de trabajo y todos los trabajadores, independiente de su forma de contratación o vinculación, incluidos contratistas y subcontratistas, así como proveedores y visitantes.

INFORME FINAL

- Se ha realizado la identificación de peligros y la evaluación de riesgos que puedan derivarse de los cambios internos o externos por medio de una herramienta denominada "matriz de peligros".
- A través de planes de mejoramiento la entidad ha adoptado, planificado, aplicado, comprobado la eficacia y documentado las medidas preventivas y correctivas.
- Los responsables de la ejecución del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) de la entidad, han realizado el curso y tienen el certificado de aprobación de la capacitación virtual de cincuenta (50) horas sobre el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) reglamentado por el Ministerio del Trabajo.
- El 1 de septiembre de 2020 la alta dirección adelantó una revisión del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), en la vigencia 2021 no se ha realizado esta revisión.
- La revisión por la dirección ha permitido, determinar en qué medida se cumple con la política y los objetivos de seguridad y salud en el trabajo y se controlan los riesgos.
- La revisión por la alta dirección permite, revisar las estrategias implementadas y determinar si han sido eficaces para alcanzar los objetivos, metas y resultados esperados del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.
- La revisión por la alta dirección permite, revisar el cumplimiento del Plan de Trabajo Anual en SST y su cronograma
- La revisión por la alta dirección permite, analizar la suficiencia de los recursos asignados para la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) y el cumplimiento de los resultados esperados.
- Los resultados de la revisión por la alta dirección han sido documentados y divulgados al COPASST y al responsable del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST).

De acuerdo a la información anterior, tomada con corte a 30 de mayo de 2021, el equipo auditor evidencia que no se han tomado en cuenta la totalidad de los lineamientos establecidos en el decreto, esta situación se describe en mayor detalle dentro de las No conformidades del presente informe.

- **TH-M04 Manual de Seguridad y Salud en el Trabajo V1 (15-09-2020)**

Este manual fue creado y adoptado en el mes de septiembre de la vigencia 2020, el cual, no ha sido objeto de actualización a la fecha de la presente auditoria, y de acuerdo a la información suministrada por el proceso no se tiene programada actualización.

Se constató que la entidad adoptó por medio de la resolución 023 del 30 de enero del 2020, el Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo para la vigencia 2020, y para la vigencia 2021, se adoptó mediante la resolución 006 del 25 de enero 2021, en este se establecen metas, responsabilidades, recursos y cronograma

INFORME FINAL

de actividades, en concordancia con los estándares mínimos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Riesgos Laborales.

Se cuenta con la creación del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo – COPASST, el cual debe ser conformados por Trabajadores de Planta Nivel Directivo y Asesor: estos son elegidos, por parte de la administración, o directamente por el empleador o quien éste delegue para tal efecto, el personal de planta no Directivo ni Asesor: son los representantes de los trabajadores y son elegidos por libre votación. Los miembros del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo se eligen para periodos de dos (2) años y podrán ser reelegidos. Estos fueron elegidos durante la vigencia 2020, por medio de Resolución 061 del 27 de marzo de 2020 *"Por la cual se actualiza la conformación del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo – COPASST, para lo que resta del periodo 2018 -2020"* y para la vigencia 2021, mediante la resolución 179 del 12 de noviembre del 2020 *"Por la cual se formaliza la conformación del Comité Paritario de Seguridad Salud en el Trabajo – COPASST del Instituto Distrital de Turismo – IDT, para la vigencia 2020-2022"*

Se evidencia que por medio de resolución 064 del 30 de marzo de 2020 se constituye el Comité de Convivencia Laboral "*Por la cual se modifica parcialmente la resolución 079 del 30 de abril de 2019 por la cual se conforma el Comité de Convivencia Laboral del Instituto Distrital de Turismo – IDT para el periodo 2019 – 2021 y se reglamentan sus funciones,* cuya finalidad es contribuir a proteger a los funcionarios contra los riesgos psicosociales que pueden afectar su salud, como es el caso del estrés ocupacional y el acoso laboral, para la vigencia 2021 se conforma por medio de la resolución 066 del 27 abril del 2021 "*Por la cual se conforma el Comité de Convivencia Laboral del Instituto Distrital de Turismo para el período 2021-2023 y se reglamentan sus funciones"*

Se pudo constatar que, durante las jornadas de inducción y reinducción realizadas por la entidad, se abordan los temas de:

- ✓ Aspectos generales y legales en Seguridad y salud en el trabajo.
- ✓ Política y objetivos de SST.
- ✓ Peligros y riesgos asociados a la labor a desempeñar y sus controles.
- ✓ Conceptos básicos: Accidente de trabajo-Enfermedad Laboral.
- ✓ Procedimiento en caso de sufrir un accidente laboral.
- ✓ Plan de emergencia-Brigada de emergencias.
- ✓ Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- ✓ Comité de Convivencia Laboral.

Sin embargo, estos son tratados de manera muy general, por tanto, se recomienda realizar jornadas de socialización y capacitación exclusivas y abordar estos temas en mayor detalle, para toda la comunidad institucional.

INFORME FI

Se evidencia que el manual de seguridad y salud en el trabajo adoptado por la entidad contempla temas con respecto a: las Medidas de Prevención y Control, Investigación de Incidentes y Accidentes Laborales, verificación que incluye el ítem de auditoria, entre otros.

Adicionalmente , este cuenta con documentación relacionada del 2020, observado que ya se cuenta adoptada la de la vigencia 2021, situación que se describe más adelanté en los hallazgos del presente informe.

2.2.1 Política de Planeación institucional

- Plan de emergencias IDT vigencia 2020 y 2021

Entendiéndose que el Plan de emergencias, es una herramienta de planeación, organización y verificación de la capacidad de una organización para la atención de una emergencia, se procede a realizar la verificación del Plan de Emergencia adoptado por la entidad para la vigencia 2020 y 2021, evidenciando que contienen la misma introducción, justificación, objetivos, y demás temas abordados en este, de una vigencia a otra (2020 y 2021).Se evidencia que este Plan de Emergencias cuenta con temas como:

- Marco Legal
- Política de gestión integral del riesgo
- Información general de la organización
- Análisis de suministros, servicios y recursos
- Análisis de vulnerabilidad
- Activación sistema distrital de emergencias
- Planes de acción
- Sistema de alarma para evacuación
- Entre otros.

En el ítem *"información General de la Organización"* se evidencia información básica de la entidad, como: datos generales, localización, vías de acceso, carga ocupacional, distribución de los pisos, entre otros, observando que en este último se encuentra la descripción de las áreas que componen cada uno de estos, y los recursos con los que cuenta cada uno, como extintores, camillas, botiquines, y las convenciones en donde se encuentran ubicados estos, sin embargo, se pudo evidenciar que la señalización de los botiquines, no concuerda con la que actualmente se encuentra de manera física en la entidad, esta situación se describirá en mayor detalle dentro de los hallazgos el informe.

Se evidencia que la entidad cuenta con la matriz de Análisis de Vulnerabilidad 2021 Instituto Distrital de Turismo, que evalúa los riesgos y se define el proceso de estimar la probabilidad de que ocurra un evento

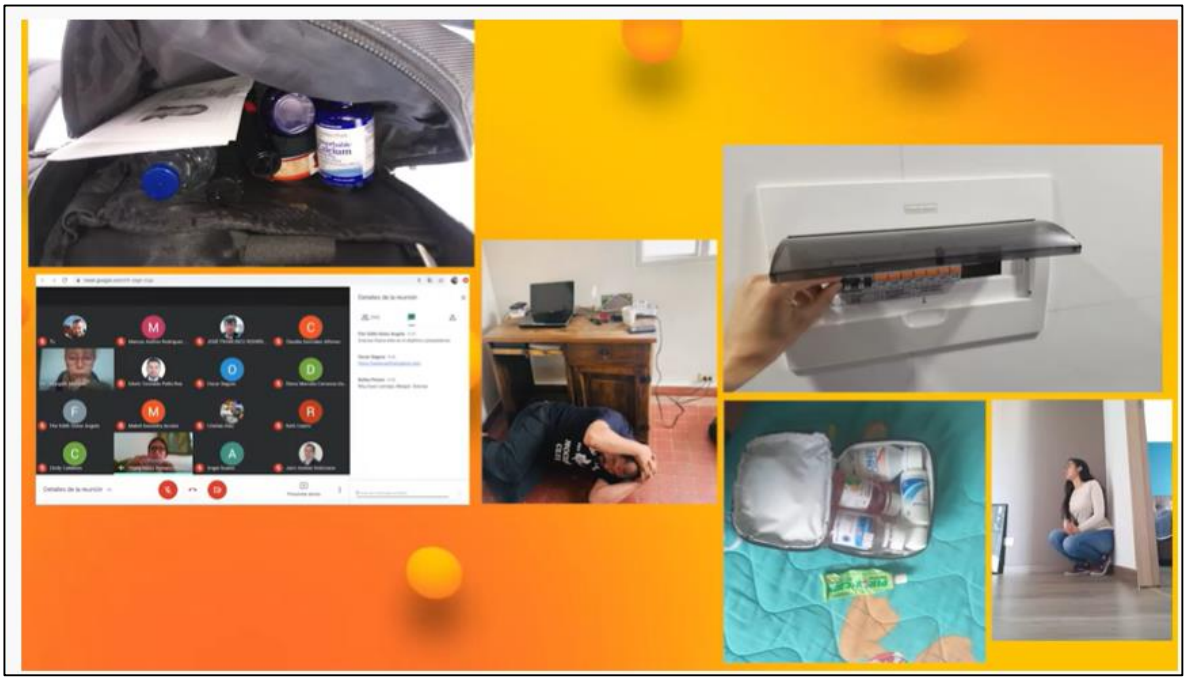
INFORME FINAL

no deseado con una determinada severidad o consecuencias en la seguridad, salud, medio ambiente y/o bienestar público, la cual cumple con los lineamientos y los criterios establecidos en el plan de emergencias, esta establece todas las amenazas identificadas, donde arrojan un nivel de riesgo bajo.

Se realiza la verificación de la conformación del Comité de Ayuda Mutua – CAM, el cual consiste en un trabajo conjunto con Organizaciones localizadas en la misma zona geográfica, lo importante de esta articulación es familiarizar a la Organización con una estrategia que complemente su Plan de Emergencia y Contingencias.

Se evidencio que la entidad viene adelantando recopilación de las empresas vecinas al Park Way, para aunar esfuerzos y poder constituir este comité, se han adelantado mesas de trabajo entre los brigadistas para la recolección de información.

Se constató que la entidad participó en el simulacro distrital de autoprotección durante el mes de octubre del 2020, realizado de manera virtual:



Durante la vigencia 2021, no se han llevado acabo simulacros avisados o sorpresivos.

La entidad cuenta con el plan de emergencias médicas, que es la descripción detallada de los pasos a seguir para una adecuada atención a los trabajadores de la entidad, lesionados en alguna situación crítica o emergencia en caso que se presente. De acuerdo a la información suministrada por el proceso durante la vigencia 2020 y lo corrido del 2021, este plan no se ha activado.

Para ello la entidad cuenta con una brigada de emergencias, la cual se encuentra capacitada y entrenada en control de incendios, primeros auxilios y evacuación y rescate, es decir, que están en capacidad de brindar la atención necesaria mientras llega el apoyo especializado y colaborar hasta el fin o hasta que se dé por terminada la eventualidad, está integrada por los siguientes funcionarios:

Imagen tomada PPT 2 JORNADA INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN. UNIFICADA 020621-PM

Se evidencia que se realizaron capacitaciones de primeros auxilios, sobre derrames y control de emergencias ambientales, y reuniones para tratar temas varios, durante la vigencia 2020 y lo corrido de la vigencia 2021.

Es importante definir un jefe de brigada dentro de los integrantes con mayor experiencia, teniendo en cuenta el perfil que se requiere (don de mando, conocimiento de la institución, del personal y liderazgo)

Se observa que el Manual de Seguridad y Salud en el trabajo adoptado es acorde a las características de la entidad.

- **Matriz de identificación de peligros 2020 y 2021 - documento ARL positiva**

Se realiza revisión de la matriz de peligros adoptada por la entidad para la vigencia 2020, donde se identificaron peligros con la siguiente clasificación:

- PSICOSOCIAL: Condiciones de la tarea
- BIOMECANICO
- FISICO
- ELECTRICO
- TECNOLOGICO
- RIESGO BIOLOGICO
- CONDICIONES DE SEGURIDAD (Publico)
- FENOMENOS NATURALES
- TECNOLOGICOS: Incendio y explosión
- PSICOSOCIAL: Condiciones de la tarea
- BIOMECANICOS: Posturas prologadas y antigravitacionales
- ACCIDENTES DE TRANSITO
- RIESGO PÚBLICO
- LOCATIVO

Se establece una matriz por cada uno de los procesos, donde se describe, los peligros, medidas de controles existentes, evaluación del riesgo, valoración del riesgo, número de expuestos, criterios para controles y medidas de intervención.

Se observa que para la vigencia 2020, la mayoría de los peligros identificados para cada proceso están evaluados como bajos o medios, excepto los que tienen que ver con el riesgo biológico, asociado al contagio del COVID-19, que tiene valoración alta, esto para todos los procesos.

Se realiza la revisión de la matriz de peligros para la vigencia 2021, evidenciando que se clasificaron los mismos riesgos, se identificaron los mismos criterios, a diferencia que para esta vigencia se evaluaron los riesgos como bajos y medios, incluyendo los del Riesgo Biológico por contagio del coronavirus o Covid-19 (estos se evaluaron en medios), excepto el proceso de gestión jurídica y contractual, quien continua con una valoración de este peligro **alta**, al indagar al proceso manifiesta, que es por el tratamiento que se le da a los archivos documentales, no obstante, el proceso de gestión documental, quien tiene a cargo el archivo central de la entidad, tiene valorado este riesgo como medio.

INFORME FINAL

- **TH-P12 Entrega, reposición e inspección de elementos de protección personal V2 (14-06-2019)**

Se procede a realizar la verificación del TH-P12 *"Procedimiento para la entrega, reposición e inspección de elementos de protección personal*" corroborando la información, revisando la documentación y evidenciando lo siguiente:

Se verificó que la identificación de las actividades y los riesgos asociados, esta soportada mediante la matriz de identificación de peligros con la que cuenta la entidad, que se realiza por medio de una visita técnica con un profesional de la ARL, en compañía del profesional de Seguridad y Salud en el Trabajo, un integrante de la brigada de emergencia y uno del COPPAST. El único soporte que queda de esta identificación es la matriz, no se cuenta con otro documento que pueda dar cuenta de esto.

Se constató que la entidad cuenta con elementos de protección personal como:

- Tapa bocas
- Guantes de látex
- Batas desechables
- Caretas
- Toallas desechables
- Trajes anti fluido

Se evidencia trazabilidad de la entrega de los elementos de protección, a los siguientes procesos:

- Entrega de elementos de protección personal (Toallas desechables-tapabocas) para los PITS, instalación de pantalla acrílica (Terminal Salitre, Monserrate, Templete)
- Entrega de 14 caretas, caja de guantes, cajas de tapabocas para los servidores del proceso de Observatorio.
- Entrega cartetas, tapabocas a 3 servidores de planeación.
- Entrega de 6 caretas, trajes anti fluido, tapabocas, toallas desechables, al proceso de la Subdirección de Promoción y Mercadeo
- Entrega de trajes anti fluidos y Tapabocas a los conductores
- Entrega de 3 caretas, caja de guantes, cajas de tapabocas para los servidores del proceso de Comunicaciones.
- Entrega de 5 caretas, caja de guantes, cajas de tapabocas para los servidores del proceso de Gestión de Destino.
- Entrega de 3 caretas al proceso de Gestión Corporativa
- Entrega de 5 caretas, a la Dirección general

INFORME

- Retiro general de 30 caretas, tapabocas y guates, por parte del profesional de Seguridad y Salud en el trabajo.

Sin embargo, no se pudo establecer el diligenciamiento del formato de entrega de estos, situación que se describe en mayor detalle dentro de los hallazgos del presente informe.

Por otra parte, se constata, que todos los elementos de protección personal son objeto de reposición cuando así se requiera, son de consumo de un solo uso y desechables, por tanto, no son objeto de seguimiento, sin embargo, hay un elemento de Protección que es objeto de mantenimiento y son las "caretas", pero de acuerdo a la información aportada por el proceso, no ha se han presentado requerimientos de mantenimiento de estas, durante la vigencia 2020 y lo corrido del 2021.

- **TH-P13 Identificación de peligros valoración de riesgos e identificación de controles V2 (27-06-2019):**

Este procedimiento brinda al Instituto Distrital de Turismo una guía técnica, metodológica para la elaboración del Matriz panorama de factores de riesgo, con el fin de establecer un diagnóstico real de las condiciones laborales de los trabajadores en su ambiente de trabajo y las posibles alteraciones que estas pueden generar en la salud, una vez realizada esta verificación el equipo auditor evidencia:

- Anualmente se realiza una encuesta de necesidades que funciona como insumo para la actualización de la matriz de peligros, para la vigencia 2021 se realizó en el mes de mayo y en el 2020 no hubo visita presencial por la ARL por temas de aislamiento total preventivo por emergencia sanitaria COVID-19.
- El profesional de riesgos de la ARL realiza una verificación del posible riesgo que estén más probables a la materialización y finalmente proporciona un informe el cual es informado al profesional de SG-SST del IDT de forma verbal.
- La profesional de SG-SST realiza un seguimiento del informe generado por el profesional en riesgos de la ARL.

De acuerdo a la información anterior, tomada con corte a 30 de mayo de 2021, se evidencia una serie de inconsistencias con el paso a paso del procedimiento, esta situación se describe en mayor detalle dentro de las No conformidades del presente informe.

- **TH-P14 Notificación de incidentes, reporte e investigación de accidentes laborales V2 (27-06-2019)**

INFORME FIN

El equipo auditor lleva a cabo la verificación del TH-P14 Notificación de incidentes, reporte e investigación de accidentes laborales V2, con el formato asociado TH-F56 Investigación de incidentes y accidentes laborales V2 (03-09-2019). Se evidencia, la notificación a la ARL cuando van a ver desplazamientos por parte de los funcionarios fuera de la ciudad en cumplimiento de sus actividades laborales, por otra parte, se evidenció la solicitud de la tarjeta AssistCard con mínimo quince (15) días de anticipación, para dos funcionarios de la entidad quienes viajaron a una comisión en España, esto se realizó en del mes de enero de la vigencia 2020; en lo corrido de la vigencia 2021, el proceso informa que no se han presentado desplazamientos fuera del país, por tanto no se ha realizado este requerimiento.

Se verifica los incidentes y accidentes presentados durante la vigencia 2020 y 2021:

- Incidente presentado el día 14 de julio 2020, un guarda se seguridad se tropieza con una ventana acrílica, se verifica el diligenciamiento del formato*TH-F56 Investigación de incidentes y accidentes laborales V2 (03-09-2019),* al no ser accidente no se reporta ante la ARL, se observa la socialización "Lección aprendida" por medio de correo electrónico el día 19 de agosto del 2020.

- Enfermedad profesional, presentada el día 23 de noviembre del 2020, por contagio por COVID-19, se verifica el diligenciamiento del formato *TH-F56 Investigación de incidentes y accidentes laborales V2 (03-09-2019*, se observa el reporte ante la ARL en el "*FORMATO DE INFORME PARA ACCIDENTE DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE"* el día 30 de noviembre del 2020, se observa la socialización de "Lección aprendida" por medio de correo electrónico el día 18 de diciembre del 2020.

Durante la vigencia 2021, no se han reportado incidentes.

Durante lo corrido de la vigencia 2021, se han presentado 3 casos por COVID-19, considerados como enfermedad profesional, los cuales ya fueron reportados ante la ARL, y se encuentran en proceso de evaluación por parte de esta.

Ala fecha la entidad no reporta accidentes mortales ni accidentes que presenten pérdida de la capacidad laboral.

-TH-P21 Procedimiento para la Realización de Exámenes Médicos V1 (22-04-2020) :

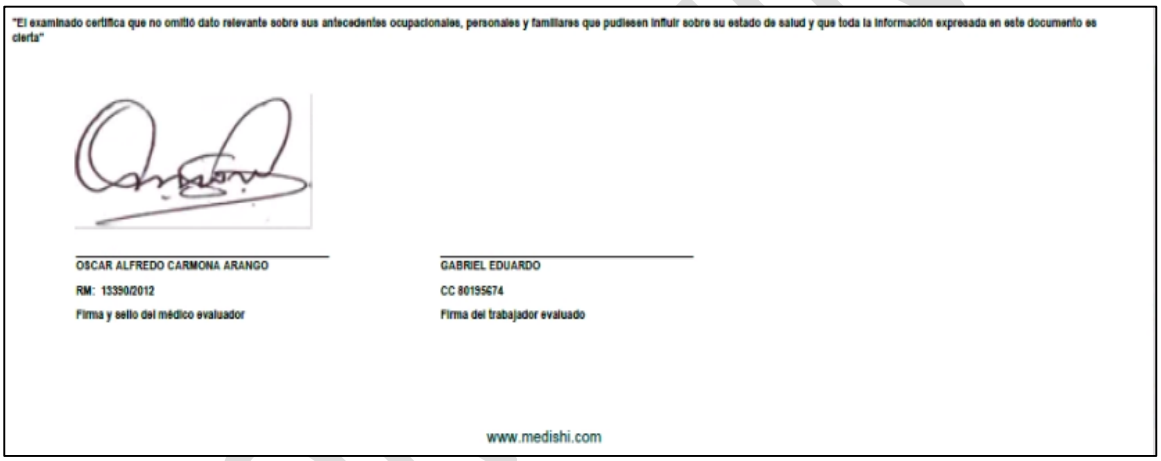
Este procedimiento tiene como objetivo brindar las pautas necesarias para llevar a cabo la realización de los exámenes médicos ocupacionales de ingreso, periódico, retiro y aquellos que se requieran por cambio definitivo en las funciones del servidor o por post-incapacidad.

INFORME FINAL

Así las cosas, se logra evidenciar lo siguiente:

Este procedimiento aplica únicamente al personal de planta.
La entidad definió realizar tres tipos de evaluaciones o exámenes médicos ocupacionales:
- Examen Médico Pre ocupacional o de Ingreso
- Examen Periódico ocupacional
- Examen de retiro.

Se realiza la verificación de 7 exámenes médicos ocupacionales de ingreso; de los cuales 6 no presentan restricciones para el cargo y uno presenta una serie de recomendaciones generales y recomendaciones de salud ocupacional. Adicionalmente, este último examen no cuenta con la firma del funcionario.


"El examinado certifica que no omitió dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la información expresada en este documento es cierta"

OSCAR ALFREDO CARMONA ARANGO
RM: 13390/2012
Firma y sello del médico evaluador

GABRIEL EDUARDO
CC 80195674
Firma del trabajador evaluado

www.medishi.com

- **TH-I05 Instructivo Gestión de Botiquines V2 (04-09-2019), TH-F59 Inspección de Botiquín V1 (03-09-2019), TH-F60 Inventario y entrega de Botiquín (03-09-2019) y TH-F63 Administración y consumo de elementos de Botiquín V1 (03-09-2019).**

La entidad cuenta actualmente con 8 botiquines distribuidos de la siguiente manera, los cuales 6 fueron inspeccionados en la visita realizada el día 08 de junio del 2021:

- Un botiquín en el área establecida para recepción y otro en enfermería (1er piso/ Tipo A)
- Un botiquín en el área asignada para Corporativa (2do Piso/Tipo B)
- Un botiquín en el área de Planeación y otro para Promoción (3er piso/ Tipo A)
- Un botiquín en el área de Destino (4to piso/Tipo B)
- Un botiquín en el área de Comunicaciones (5to piso/Tipo A)
- Un botiquín en el área los auditorios (6to Piso/Tipo A)

INFORMATIVO

Estos botiquines son identificados como Tipo A y tipo B, los cuales deben contener los siguientes elementos, de acuerdo a su clasificación:

ELEMENTOS DE BOTIQUÍN TIPO A		
ELEMENTO	**UNIDADES**	**CANTIDAD**
Gasas limpias paquete	Paquete x 20	1
Esparadrapo de tela rollo de 4”	Unidad	1
Baja lenguas	Paquete x 20	1
Guantes de látex para examen	Caja x 100	1
Venda Elástica 2" x 5 Yardas.	Unidad	1
Venda Elástica 3" x 5 Yardas.	Unidad	1
Venda Elástica 5" x 5 Yardas.	Unidad	1
Venda de algodón 3” x 5 Yardas	Unidad	1
Venda de algodón 5” x 5 Yardas	Unidad	1
Yodopovidona - (Jabón quirúrgico)	Frasco	1
Solución salina 250 o 500 cc	Unidad	2
Termómetro de mercurio o digital	Unidad	1
Alcohol antiséptico 275 ml	Frasco	1

INFORMAL

ELEMENTOS DE BOTIQUÍN TIPO B		
ELEMENTO	**UNIDADES**	**CANTIDAD**
Gasas limpias paquete	Paquete x 100	1
Gasas estériles paquete	Paquete x 3	20
Apósito o compresas no estériles	Unidad	4
Esparadrapo de tela 4"	Unidad	2
Bajalenguas	Paquete x 20	2
Venda elástica 2" x 5 yardas	Unidad	2
Venda elástica 3" x 5 yardas	Unidad	2
Venda elástica 5" x 5 yardas	Unidad	2
Venda de algodón 3 x 5 yardas	Unidad	2
Venda de algodón 5 x 5 yardas	Unidad	2
Yodopovidona (jabón quirúrgico)	Galón	1
Solución salina 250 cc o 500 cc	Unidad	5
Guantes de látex	Caja x 100	1
Termómetro de mercurio o digital	Unidad	1
Alcohol antiséptico frasco por 275 ml	Unidad	1
Tijeras	Unidad	1
Linterna	Unidad	1
Pilas de repuesto	par	4
Tabla espinal larga	Unidad	1
Collar cervical adulto	Unidad	2
Inmovilizadores o férula Miembros superiores (adulto)	Unidad	1
Inmovilizadores o férula Miembros inferiores (adulto)	Unidad	1
Tensiómetro	Unidad	1
Elemento de barrera o mascara RCP	Unidad	2

Se realiza la verificación, observando que se encuentran en un lugar visible debidamente señalizados, tal y como se evidencia a continuación:

BOTIQUIN PISO 1	BOTIQUIN PISO 2
BOTIQUIN PISO 3	**BOTIQUIN PISO 4**
BOTIQUIN PISO 5	**BOTIQUIN PISO 6**

Se procede hacer la verificación del contenido físico de 6 (seis) botiquines, cuatro tipo A y dos tipo B, observando que se encuentran con los elementos que deben contener cada uno de ellos de acuerdo a su clasificación, se cuenta con cada uno de los elementos los cuales se encuentran en condiciones de uso (fecha y estado de los elementos) de acuerdo al instructivo, cada botiquín cuenta con un manual de primeros auxilios y el formato **TH-F63 Administración y consumo de elementos de Botiquín V1 (03-09-2019)**, para cuando se realiza el consumo de los elementos de estos, se repongan inmediatamente, se observó que algunos de los botiquines cuenta con elementos adicionales, como:

- Vasos desechables.
- Toallitas antisépticas.
- Jeringas
- Tapabocas.
- Gafas de seguridad.

De acuerdo a los soportes aportados por el proceso se evidencia el diligenciamiento del formato **TH-F59 Inspección de Botiquín V1 (03-09-2019),** para la inspección de los botiquines con una periodicidad de cada tres meses, estos se encuentran en responsabilidad del profesional de Seguridad y Salud en el trabajo, quien también es el encargado de realizar la inspección.
Por otra parte, se constata que los tensiómetros se encuentran en cabeza y responsabilidad de los comandantes de la brigada de piso 2 y 4, este elemento hace parte de los botiquines tipo B.

INFORME FINAL

Cuando se realiza la identificación de elemento del botiquín deteriorados o caducados, se procede a realizar un acta con los elementos a retirar, los cuales son entregados al referente PIGA, quien será el encargado de realiza a disposición final de estos, en la secretaria Distrital de ambiente, esta disposición se realiza mínimo una vez al año.

- **TH-I06 Instructivo Gestión de Extintores V2 (04-09-2019), TH-F61 Inventario de Extintores V1 (03-09-2019), TH-F62 Inspección de Extintores V1 (03-09-2019)**

El objetivo del Instructivo es dar a conocer a los servidores, brigadistas y/o usuarios las disposiciones necesarias para la gestión de los extintores (selección, instalación, reposición, inspección y mantenimiento). En las edificaciones se debe tener un sistema establecido de prevención contra incendios cuyo principal elemento son los extintores, los cuales deben estar en buen funcionamiento y operatividad, así las cosas, se procede a realizar la verificación de cada uno de los extintores y los resultados de esta validación se describen en los resultados del presente informe.

- **TH-I10 Instructivo Operación Sala Amiga V1 (30-04-2020)**

Este Instructivo pretende establecer las condiciones adecuadas hacia la operación de la Sala Amiga del IDT, para que las madres lactantes encuentren un lugar cálido e higiénico en su entorno laboral, donde puedan extraer y conservar la leche materna bajo técnicas de seguridad, para luego trasportarla a su hogar y ofrecer una alimentación infantil saludable.

SALA AMIGA		

INFORME FINAL

Si bien es cierto que la sala amiga cuenta con las herramientas para la prestación del servicio, está a la fecha no ha sido aprovechable teniendo en cuenta que las instalaciones del IDT se encuentran restringidas de acuerdo a la emergencia sanitaria por COVID-19.

RESULTADOS

A continuación, se detallan las no conformidades y observaciones evidenciadas por parte del equipo auditor como producto del presente ejercicio.

NO CONFORMIDAD No. 1*"Incumplimiento parcial en los lineamientos emitidos por el Decreto Nacional 1072 de 2015 conforme a la política de Seguridad y Salud en el Trabajo"*

a. **Situación o condición observada:** Se evidencian unas series de lineamientos del Decreto Nacional 1072 de 2015 que no se han cumplido en su totalidad conforme a la política de seguridad y salud en el trabajo SST.

- No se tiene establecido con que periodicidad la política de seguridad y salud en el trabajo debe ser comunicada al comité paritario.
- Si bien dentro de las actas del COPASST se realiza la lectura y aprobación de la política, no es posible verificar que la misma sea revisada como mínimo una (1) vez al año y **actualizada** acorde con los cambios en materia de SG-SST o en la entidad.
- La política no se encuentra firmada por el representante legal de la entidad.

Salud en el Trabajo a todos los niveles del Instituto, incluyendo los cambios que se realicen según sea apropiado.

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

El Instituto realizará seguimiento al grado de cumplimiento de los indicadores planteados para el Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo y así determinar la eficacia y eficiencia del sistema

TH-P01-V1 Página 9 de 9

INFORME FINAL

- No es posible evidenciar con qué frecuencia son revisados y evaluados los objetivos del SG-SST.

b. Criterio afectado: Lo Anterior no permite evidenciar el cumplimiento integral de lo establecido en el decreto *Nacional 1072 de 2015,* Artículo 2.2.4.6.6. Requisitos de la política de seguridad y salud en el trabajo (SST).

c. Implementar Corrección y acción correctiva: El sistema de Seguridad y Salud en el trabajo deberá implementar corrección y acciones correctivas encaminadas a asegurar el cumplimiento integral de los requisitos de la política de seguridad y salud en el trabajo.

OBSERVACIONES PRESENTADAS POR EL PROCESO.

NO CONFORMIDAD No. 1***"Incumplimiento parcial en los lineamientos emitidos por el Decreto Nacional 1072 de 2015 conforme a la política de Seguridad y Salud en el Trabajo".***

a. Situación o condición observada: Se evidencian unas series de lineamientos del Decreto Nacional 1072 de 2015 que no se han cumplido en su totalidad conforme a la política de seguridad y salud en el trabajo SST.

• *No se tiene establecido con que periodicidad la política de seguridad y salud en el trabajo debe ser comunicada al comité paritario.*

No.	Hallazgo	Descripción	Respuesta general
1	NC	Se observan incumplimientos conforme a directrices emitidas por el Decreto Nacional 1072 de 2015 relacionados con la política de Seguridad y Salud en el Trabajo del Instituto Distrital de Turismo.	No se acepta este hallazgo, pues la Política de seguridad y salud en el trabajo se encuentra debidamente aprobada por el representante legal y ha sido periódicamente revisada y evaluada, mínimo una vez al año, tal como se presenta a continuación.

Respuesta: No se acepta este hallazgo, dado que tal como lo enuncia el Decreto 1072, y en cumplimiento integral a lo establecido en la normatividad rectora en la materia, la política de seguridad y salud en el trabajo es revisada mínimo una vez al año. Teniendo como soporte, que la última revisión se realizó el 1/09/2020 en la Revisión por la Alta Dirección según Acta No.4 del Comité Institucional de Desempeño.

INFORME FINAL

El Decreto 1072 establece en su artículo 2.2.4.6.6 Requisitos de la política de seguridad y salud en el trabajo (SST). "Ser revisada como mínimo una vez al año y de requerirse, actualizada acorde con los cambios tanto en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST), como en la empresa". De acuerdo a lo anterior la periodicidad en que la Política SST es socializada al COPASST es acorde a la revisión y aprobación por la Alta Dirección tal como se evidencia en las Actas del Comité.

- *Si bien dentro de las actas del COPASST se realiza la lectura y aprobación de la política, no es posible verificar que la misma sea revisada como mínimo una (1) vez al año y actualizado acorde con los cambios en materia de SG-SST o en la entidad.*

Respuesta: No se acepta este hallazgo debido a que la ultima revisión de la Política SST como se expresa anteriormente fue el 1/09/2020 sin observaciones, no obstante, no ha cumplido el año siguiente y se tiene contemplado revisar y actualizar de ser necesario en el tercer trimestre de la vigencia.

- *La política no se encuentra firmada por el representante legal de la entidad.*

Respuesta: No se acepta esta observación y/o hallazgo, pues el representante legal, Dr. Nelson Andrés Calderón Guzmán, quien se encontraba como Director General (e), fue quien a través de la firma del Acta No.4 del Comité Institucional de Gestión y Desempeño del IDT el 25/11/2019 aprobó y estableció la Política de Seguridad y salud en el Trabajo

Se adjuntan como soporte el Acta No.4 del Comité Institucional de Gestión y Desempeño del IDT el 25/11/2019 firmada por el Representante Legal del IDT Dr. Nelson Andrés Calderón Guzmán, Director General (e), con anexo de listado de asistencia a Comité Directivo. Y Acta No. 4 del Comité Institucional de Gestión y Desempeño del IDT - Revisión por la Alta Dirección de 1/09/2020 donde se presentó la Política y sus objetivos sin observaciones o actualizaciones. De acuerdo a lo anterior la Política SST se encuentra firmada y aprobada bajo las Actas de Comité Institucional de Desempeño solicitadas por el equipo auditor y remitidas por el proceso.

- *No es posible evidenciar con qué frecuencia son revisados y evaluados los objetivos del SG-SST.*

Respuesta: No se acepta este hallazgo, pues tal como se indica en las Actas de Comité Institucional de Desempeño No.4 del 25/11/2019 y No. 4 del 1/09/2020 en su numeral 4 y 9, se observa que la Política SST y sus objetivos fueron revisados y aprobados con una frecuencia anual como se evidencia a continuación:

INFORME FINAL

4. Aprobación Política de Seguridad y Salud en el Trabajo.

El Subdirector de Gestión Corporativa y Control Disciplinario Edwin Peña, presenta la Política de Seguridad y Salud en el Trabajo, la cual es objeto de las siguientes observaciones:

- Es necesario ajustar el objetivo general, ya que tiene varios verbos y debe ser concreto, sucinto y claro.
- Es importante articular una herramienta de sistemas, para la medición de indicadores que esté articulada con MIPG.

Subsanadas las observaciones presentadas, se aprueba unánimemente la Política de Seguridad y Salud en el Trabajo del IDT por el Comité.

9. Aspectos de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Se expone la Política de Seguridad y Salud en el Trabajo y sus objetivos específicos. De igual forma se muestra la ejecución del Plan de Trabajo a 2019 el cual muestra una ejecución del 100% al igual que la ejecución de recursos.

De otra parte, se menciona la encuesta de necesidades que se llevó a cabo este año para identificar los temas que se priorizarán, dentro de las cuales se pueden identificar las siguientes: Revisión

GD-F06-V16 Página 11 de 13

<u>CONCLUSIONES DEL EQUIPO AUDITOR</u>

Una vez analizadas las observaciones presentadas por medio de correo electrónico el día 30 de junio, por el proceso de Gestión de Talento Humano-Seguridad y Salud en el Trabajo, donde indica, entre otros; " *No se acepta este hallazgo, pues la Política de seguridad y salud en el trabajo se encuentra debidamente aprobada por el representante legal y ha sido periódicamente revisada y evaluada, mínimo una vez al año, tal como se presenta a continuación"* el equipo auditor REITERA la NO CONFORMIDAD, y los argumentos expuestos en el hallazgo presentado, toda vez que:

- Si bien es cierto, el Decreto 1072 del 2015, por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo, en el que se establece que la revisión de la Política de Seguridad y Salud en el trabajo debe realizarse como mínimo una vez al año, no existe lineamiento interno del IDT, en el que se establezca la periodicidad de esta revisión.
- No es posible verificar control de cambios ni versiones de actualización del documento, desde la vigencia 2019, que permitan constatar que la Política de Seguridad y Salud en el trabajo, se revisa y/o actualiza conforme a las Actas del Comité Institucional de Desempeño, lo anterior teniendo en

cuenta que en el Acta No 4 del 01/09/2020, Numeral 4, se generaron unas observaciones y ajustes a los objetivos generales de la política para dar trámite a su aprobación, para lo cual ameritaba la actualización de esta en su versión 2.

- Si bien es cierto que la Política de Seguridad y Salud en el trabajo se encuentra aprobada desde la vigencia 2019, por quien en su momento era el representante legal de la entidad, en la vigencia 2020 hubo cambio de la plataforma estratégica , por tanto a raiz de estos cambios la politica deberia sufrir cambios relevantes consecuentes con este cambio y estar aprobada por la nueva administración.

NO CONFORMIDAD No. 2 *" Inconsistencia en el reporte de indicadores"* (Transversal asesoria de comunicaciones y Oficina asesora de Planeación).

a. **Situación o condición observada:** Una vez revisadas las hojas de vida de los indicadores enunciados con anterioridad se observan las siguientes inconsistencias en cuanto el reporte de los mismos:

- **CASO 1**: el Indicador denominado "*Ejecución Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo"* estableció dentro de la hoja de vida del mismo unos lineamientos para la medición, lineamientos que a la fecha no se han tenido en cuenta, por lo siguiente:

  - Se estableció una frecuencia de medición **"mensual"** para la vigencia 2020 y 2021 , iniciando en enero de 2020, es decir a la fecha de auditoria deberían existir 17 reportes de los cuales solo hay 4. enero- junio, julio- septiembre, octubre-diciembre de 2020 y enero – marzo de 2021.

INDICADOR	2018	2019	2020	2021
Ejecución Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo	Enero-Diciembre	Enero-Diciembre	Enero-Junio Julio-Septiembre Octubre-diciembre	Enero-Marzo

  - Para el primer reporte del 2020 se observa que en la hoja de vida pretendía generar el reporte del "II Trimestre" no obstante se documentó primer semestre de la vigencia (enero- junio).

TH-I03	Ejecución Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo	Medir el cumplimiento de la programación de actividades de seguridad y salud en el trabajo de la vigencia, establecidas en el Plan Institucional, propuesto de acuerdo con las necesidades de los funcionarios.	II Trimestre 2020

13. FÓRMULA DEL INDICADOR	14. UNIDAD DE MEDIDA	Porcentaje
(Número de Actividades Realizadas/Total de Actividades Programadas)*100	15. TIPO DE INDICADOR	Eficacia
	16. FRECUENCIA DE MEDICIÓN	Mensual

17. VARIABLES DE LA FÓRMULA	18. DEFINICIÓN	19. FUENTE DE DATOS
Número de Actividades Realizadas	Se refiere al número de actividades realizadas de acuerdo a lo programado en el Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo	Primaria: IDT
Total de Actividades Programadas	Se refiere al total de actividades programadas en el Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo	Primaria: IDT

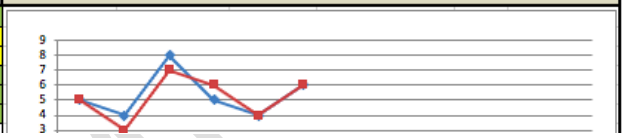
COMPORTAMIENTO HISTÓRICO DEL INDICADOR

20. META TOTAL PROGRAMADA	21. META DE ESTA VIGENCIA	22. ACUMULADO EN VIGENCIAS ANTERIORES	23. ACUMULADO EN ESTA VIGENCIA	24. ACUMULADO TOTAL	25. % DE LOGRO ACUMULADO TOTAL
100%	100%	100%	97,1%	97,1%	97%

COMPORTAMIENTO DEL INDICADOR EN LA VIGENCIA

26. Periodo	Total de Actividades Programadas	Número de Actividades Realizadas	28. Total	29. % de cumplimiento
Enero	5	5	5	100%
Febrero	4	3	8	75%
Marzo	8	7	15	88%
Abril	5	6	21	120%
Mayo	4	4	25	100%
Junio	6	6	31	100%
Julio			31	[illegible]

Ejecución Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo



- Al verificar el tercer reporte del 2020 (octubre- diciembre) se habilita el seguimiento y análisis del indicador del primer trimestre de la vigencia 2021.

SEGUIMIENTO Y ANÁLISIS DEL INDICADOR

Nombre del indicador:	Ejecución Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo
Responsable de diligenciamiento:	Subdirector(a) Corporativo y de Control Disciplinario
Periodo reportado:	Fecha de reporte: viernes, 30 de abril de 2021
Fuente de información:	Plan de Trabajo

SEGUIMIENTO

Variables de la fórmula	Definición	Resultados Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.
Número de actividades realizadas	Se refiere al número de actividades realizadas de acuerdo a lo programado en el Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo	5	6	8	6								
Total de actividades programadas	Se refiere al total de actividades programadas en el Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo	5	6	8	6	6	6	5	6	6	6	5	2
Constante (Si aplica)													
Porcentaje de cumplimiento		100%	100%	100%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

LECTURA E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Medición	Desempeño Trimestre I	Trimestre II	Trimestre III	Trimestre IV	ACCIÓN DE MEJORAMIENTO ¿Requiere?	TIPO
Cumplimiento acumulado por trimestre	100%	33%	0%	0%		
Cumplimiento versus a la meta	33%					

ANÁLISIS DEL COMPORTAMIENTO DEL INDICADOR

Trimestre I:	En el primer trimestre de la vigencia el plan del SG-SST, se programaron 19 actividades del Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo de las cuales se desarrollaron 19, resultado que equivale a un 100% de cumplimiento acumulado en el trimestre frente a lo programado.
Trimestre II:	
Trimestre III:	
Trimestre IV:	

- **CASO 2:** Para los indicadores *"Ejecución plan de seguridad y salud en el trabajo, Frecuencia de accidentabilidad, Proporción de accidentes de trabajo, Severidad de los accidentes de trabajo y Ausentismo enfermedad laboral*, se encuentra establecido en la hoja de vida que la frecuencia de la medición se realiza de forma trimestral. Al respecto, no fue posible verificar el reporte del I Trimestre puesto que el primer reporte que se encuentra publicado corresponde al II Trimestre documentando el primer semestre del año.

Ejecución Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo	Enero-Diciembre	Enero-Diciembre	Enero-Junio Julio-Septiembre Octubre-diciembre	Enero-Marzo
Frecuencia de accidentabilidad		Octubre-Diciembre	Enero-Junio Julio-Septiembre Octubre-diciembre	Enero-Marzo
Proporción de accidentes de trabajo		Octubre-Diciembre	Enero-Junio Julio-Septiembre	
Prevalencia de enfermedad labora		Octubre-Diciembre	Enero-Marzo Octubre-diciembre	
Severidad de los accidentes de trabajo		Octubre-Diciembre	Enero-Junio Julio-Septiembre Octubre-diciembre	Enero-Marzo
Ausentismo enfermedad laboral		Octubre-Diciembre	Enero-Junio Julio-Septiembre Octubre-diciembre	Enero-Marzo

- **CASO 3**. El indicador denominado "*proporción de accidentes de trabajo"* cuenta con las siguientes situaciones:

- No se evidencia la medición del mismo desde septiembre de 2020.

Proporción de accidentes de trabajo		Octubre-Diciembre	Enero-Junio Julio-Septiembre	

- La hoja de vida del indicador no corresponde al indicador en mención, al abrir los archivos de los 2 reportes existentes en la intranet arroja las hojas de vida del indicador frecuencia de accidentalidad.

<u>Reporte enero- junio</u>

6. PRODUCTO PMR			
7. DEPENDENCIA RESPONSABLE	Subdirección Corporativa y de Control Disciplinario		
9. CÓDIGO DEL INDICADOR	**10. NOMBRE DEL INDICADOR**	**11. OBJETIVO DEL INDICADOR**	**12. PERIODO DE MEDICIÓN**
TH-107	Frecuencia de Accidentalidad en el IDT	Medir el número de accidentes de trabajo con lesiones incapacitantes para establecer acciones de mitigación del riesgo de origen de AT.	II Trimestre 2020

13. FÓRMULA DEL INDICADOR	**14. UNIDAD DE MEDIDA**	Unidad
(Número de Accidentes de Trabajo que se presentaron en el mes / Número de trabajadores en el mes) *100 Trabajadores	**15. TIPO DE INDICADOR**	Eficacia
	16. FRECUENCIA DE MEDICIÓN	Trimestral

Reporte Julio- septiembre

SEGUIMIENTO Y ANÁLISIS DEL INDICADOR

Nombre del indicador:	Frecuencia de accidentabilidad		
Responsable de diligenciamiento:	Subdirector(a) Corporativo y de Control Disciplinario		
Periodo reportado:	Trimestre III	**Fecha de reporte:**	viernes, 9 de octubre de 2020
Fuente de información:	Investigaciones de accidentes e incidentes		

SEGUIMIENTO

Variables de la fórmula	Definición	Resultados											
		Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.
Número de accidentes de trabajo que se presentaron en el mes	Se refiere al numero total de accidentes de trabajo que se presentaron en las instalaciones del IDT durante el mes							-	-	-			
Número de trabajadores en el mes	Se refiere al numero de trabajadores (independiente de su vincualcion) que laboraron en el transcurso del mes.							189	189	189			
Constante (Si aplica)													
Porcentaje de cumplimiento								0%	0%	0%			

- **CASO 4.** El reporte del último cuatrimestre de 2020 (octubre- diciembre) del indicador "*Severidad de los accidentes de trabajo"* no corresponde el período reportado, ya que una vez realizada la revisión el archivo que se cargó en la página es el corresponde al primer trimestre del 2021.

SEGUIMIENTO Y ANÁLISIS DEL INDICADOR

Nombre del indicador:	Severidad de accidentalidad		
Responsable de diligenciamiento:	Subdirector(a) Corporativo y de Control Disciplinario		
Periodo reportado:	Trimestre I	**Fecha de reporte:**	viernes, 30 de abril de 2021
Fuente de información:	Informes de accidente de trabajo		

SEGUIMIENTO

Variables de la fórmula	Definición	Resultados										
		Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Sept.	Oct.	Nov.
Número de días de incapacidad + Número de días cargados en el mes	**Número de días de incapacidad:** Se refiere al número de días de incapacidad por accidente de trabajo en el mes. **Número de días cargados en el mes:** Es el número de días que se cargan o asignan a una lesión ocasionada por un accidente de trabajo o enfermedad laboral, siempre que la lesión origine muerte, invalidez o incapacidad permanente parcial. Los días cargados se utilizan solamente para el cálculo de los índices de severidad, como un estimativo de la pérdida real causada.	-	-	-	-							
Número de trabajadores en el mes	Se refiere al numero de trabajadores (independiente de su vincualcion) que laboraron en el transcurso del mes.	92	155	193	280							
Constante (Si aplica)												
Porcentaje de cumplimiento		0%	0%	0%								

LECTURA E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Medición	Desempeño				ACCIÓN DE MEJORAMIENTO	
	Trimestre I	Trimestre II	Trimestre III	Trimestre IV	¿Requiere?	TIPO
Cumplimiento acumulado por trimestre	0,00%					
Cumplimiento versus a la meta	0,00%					

- **CASO 5. El indicador "***Cumplimiento de los requisitos de estructura"* establece que la periodicidad de la medición es semestral, pero únicamente se cuenta con el reporte del primer semestre de 2020.

Cumplimiento de los requisitos de estructura		Octubre-Diciembre	Enero-Junio	

Así mismo, el indicador *"Cumplimiento en la investigación de incidentes, accidentes y enfermedades laborales"* establece una periodicidad de medición "Mensual" pero únicamente se encuentra el reporte julio-septiembre de 2020 y de enero a marzo de 2021.

Cumplimiento en la investigación de incidentes, accidentes y enfermedades laborales			Julio-Septiembre	Enero-Marzo

- **CASO 6.** El indicador *"Ejecución de las fases de rediseño institucional"* no cuenta con ningún reporte en la página.

b. Criterio afectado: Lo anterior no permite evidenciar el cumplimiento de lo estipulado en el Decreto 1072 de 2015 Artículo 2.2.4.6.19. Indicadores del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo SG-SST. "El empleador debe definir los indicadores (cualitativos o cuantitativos según corresponda) mediante los cuales se evalúen la estructura, el proceso y los resultados del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST y **debe hacer el seguimiento** a los mismos. Estos indicadores deben alinearse con el plan estratégico de la empresa y hacer parte del mismo".

c. Implementar Corrección y acción Correctiva: El proceso deberá implementar correcciones y acciones correctivas orientadas a implementar y hacer seguimiento respectivo a los indicadores del sistema.

<u>OBSERVACIONES PRESENTADAS POR EL PROCESO</u>

NO CONFORMIDAD No. 2 ***"Inconsistencia en el reporte de indicadores".***

No.	Hallazgo	Descripción	Respuesta general
2	NC	Existen indicadores reglamentados por el Decreto 1072 de 2015, que no se encuentran Implementados y/o actualizados y no permiten evaluar la estructura, del proceso y los resultados del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo en el IDT. No conformidad Transversal con la asesoría Comunicaciones.	No se acepta este hallazgo, teniendo en cuenta que el proceso de Talento Humano dio cabal cumplimiento al procedimiento DE-P05 Medición de la Gestión V8, realizando el oportuno reporte y seguimiento a los indicadores de Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo. Tal como se evidencia a continuación en respuesta a cada uno de los casos. En caso de presentarse alguna observación y/o no conformidad, al respecto de la **publicación** se solicita la misma trasladada al área correspondiente. A continuación, la respuesta en detalle:

a. **Situación o condición observada:** Una vez revisadas las hojas de vida de los indicadores enunciados con anterioridad se evidencian las siguientes inconsistencias en cuanto el reporte de los mismos:

- CASO 1: el Indicador denominado "Ejecución Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo" estableció dentro de la hoja de vida del mismo unos lineamientos para la medición, lineamientos que a la fecha no se han tenido en cuenta, por lo siguiente:

- Se estableció una frecuencia de medición "mensual" para la vigencia 2020 y 2021, iniciando en enero de 2020, es decir a la fecha de auditoria deberían existir 17 reportes de los cuales solo hay 4. enero-junio, julio- septiembre, octubre-diciembre de 2020 y enero – marzo de 2021.

Respuesta: El Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo no acepta este hallazgo toda vez que:

Si bien es cierto que la medición del indicador denominado *"Ejecución Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo"* es ***"mensual"*** y así se realiza su seguimiento y reporte al interior del proceso de Talento Humano, tal como lo indica el procedimiento DE-P05 Medición de la Gestión V8 "El reporte del avance de los indicadores de gestión se realizará en los cinco (5) primeros días hábiles posteriores al **trimestre evaluado**, en el formato DE-F06 Hoja de vida indicador y se remitirá vía correo electrónico a la Oficina Asesora de Planeación" y además "Los formatos DE-F06 Hoja de vida indicador diligenciados con el reporte de seguimiento remitido por cada proceso, **<u>será publicado trimestralmente en la intranet del IDT</u>**"

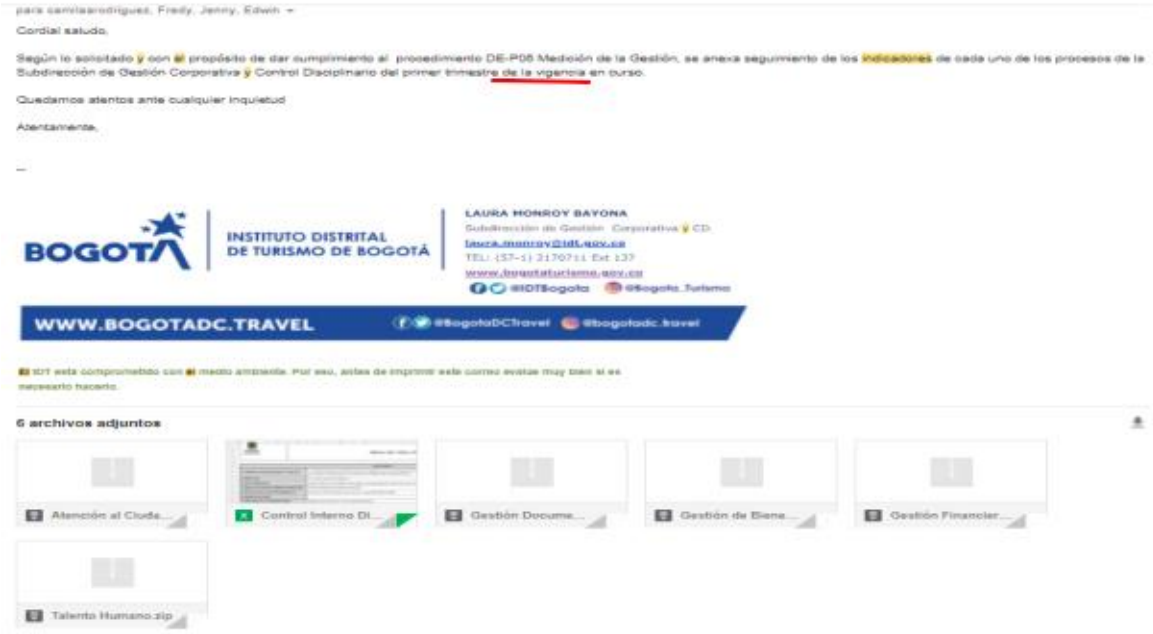
Dicho lo anterior, se evidencia que el proceso efectúa el reporte para la publicación de los indicadores de manera trimestral, dando cabal cumplimiento a lo señalado en el procedimiento arriba mencionado. Tal cual,

se evidencia en el siguiente drive, donde se plasma el seguimiento mensual, a pesar de que el reporte se realice trimestralmente, según lo establecido:

https://docs.google.com/spreadsheets/d/1h7K42LNNqZ0GepInhvfyLJUG0OE8tAkKPdMxhBHvQfA/edit#gid=1787661406

- *Para el primer reporte del 2020 se observa que en la hoja de vida pretendía generar el reporte del "II Trimestre" no obstante se documentó primer semestre de la vigencia (enero- junio).*

Respuesta: El Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo no acepta este hallazgo toda vez que: Según lo solicitado por la Oficina Asesora de Planeación y como se muestra a continuación, se realizó el reporte correspondiente al primer trimestre del año 2020.



9. CÓDIGO DEL INDICADOR	10. NOMBRE DEL INDICADOR	11. OBJETIVO DEL INDICADOR	12. PERIODO DE MEDICIÓN
TH-003	Ejecución Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo	Medir el cumplimiento de la programación de actividades de seguridad y salud en el trabajo de la vigencia, establecidas en el Plan Institucional, propuesto de acuerdo con las necesidades de los funcionarios.	I Trimestre 2020

13. FÓRMULA DEL INDICADOR	14. UNIDAD DE MEDIDA	Porcentaje
(Número de Actividades Realizadas/Total de Actividades Programadas)*100	15. TIPO DE INDICADOR	Eficacia
	16. FRECUENCIA DE MEDICIÓN	Mensual

17. VARIABLES DE LA FÓRMULA	18. DEFINICIÓN	19. FUENTE DE DATOS
Número de Actividades Realizadas	Se refiere al número de actividades realizadas de acuerdo a lo programado en el Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo	Primaria: IDT
Total de Actividades Programadas	Se refiere al total de actividades programadas en el Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo	Primaria: IDT

COMPORTAMIENTO HISTÓRICO DEL INDICADOR					
20. META TOTAL PROGRAMADA	21. META DE ESTA VIGENCIA	22. ACUMULADO EN VIGENCIAS ANTERIORES	23. ACUMULADO EN ESTA VIGENCIA	24. ACUMULADO TOTAL	25. % DE LOGRO ACUMULADO TOTAL

Página 1

Así las cosas, según reunión realizada con la Oficina Asesora de Planeación y la Asesora de Comunicaciones el pasado 21 de junio de 2021 (Acta de reunión adjunta), se evidencia que las publicaciones correspondiente a la vigencia 2020 en su momento se encontraban correctamente publicadas, sin embargo, para el mes junio de 2021 se verificaron nuevamente los indicadores encontrando inconsistencias en la publicación de los mismos, por lo que desde la Oficina Asesora de Planeación, se solicita a la Asesora de Comunicaciones realizar la respectiva corrección considerando que existen inconsistencias en las fechas de publicación.

Dicho lo anterior, desde la Subdirección de Gestión Corporativa se dieron a conocer las inconsistencias presentadas a la Oficina Asesora de Planeación y al área encargada de la publicación, solicitando los ajustes correspondientes.

Solicitud de corrección en la publicación de Indicadores de Talento Humano

Laura Cristina Moncoy Bayona

Estimada Judith, buenas tardes:

Considerando que el día de hoy en la auditoría que Control Interno adelanta con Talento Humano -Seguridad y Salud en el Trabajo, se evidenció que existen algunos errores en el cargue de las hojas de vida del proceso; agradecemos que dicha información sea corregida con los reportes que en su momento se hicieron.

Muchas gracias.

BOGOTÁ | INSTITUTO DISTRITAL DE TURISMO DE BOGOTÁ

LAURA MONROY BAYONA
Subdirección de Gestión Corporativa y CD.
laura.moncoy@idt.gov.co
TEL: (57-1) 2170711 Ext 137
www.bogotaturismo.gov.co
@IDTBogota @Bogota_Turismo

WWW.BOGOTADC.TRAVEL @BogotaDCTravel @bogotadc_travel

El IDT está comprometido con el medio ambiente. Por eso, antes de imprimir este correo evalúe muy bien si es

Así las cosas, el proceso de Talento Humano – Seguridad y Salud en el Trabajo no acepta la no conformidad, teniendo en cuenta que se realizó el correcto reporte y en su momento se verificó su publicación tal como lo evidencia el acta de reunión arriba mencionada.

- *Al verificar el tercer reporte del 2020 (octubre- diciembre) se habilita el seguimiento y análisis del indicador del primer trimestre de la vigencia 2021.*

Respuesta: El Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo no acepta este hallazgo toda vez que: Según reunión realizada con la Oficina Asesora de Planeación y la Asesora de Comunicaciones el pasado 21 de junio de 2021 (Acta de reunión anexa), se evidencia que las publicaciones correspondientes a la vigencia 2020 en su momento se encontraban correctamente publicadas, sin embargo, para el mes junio de 2021 se verificaron nuevamente los indicadores encontrando inconsistencias en la publicación de los mismos, por lo que desde la Oficina Asesora de Planeación, se solicita a la Asesora de Comunicaciones realizar la respectiva corrección considerando que existen inconsistencias en las fechas de publicación.

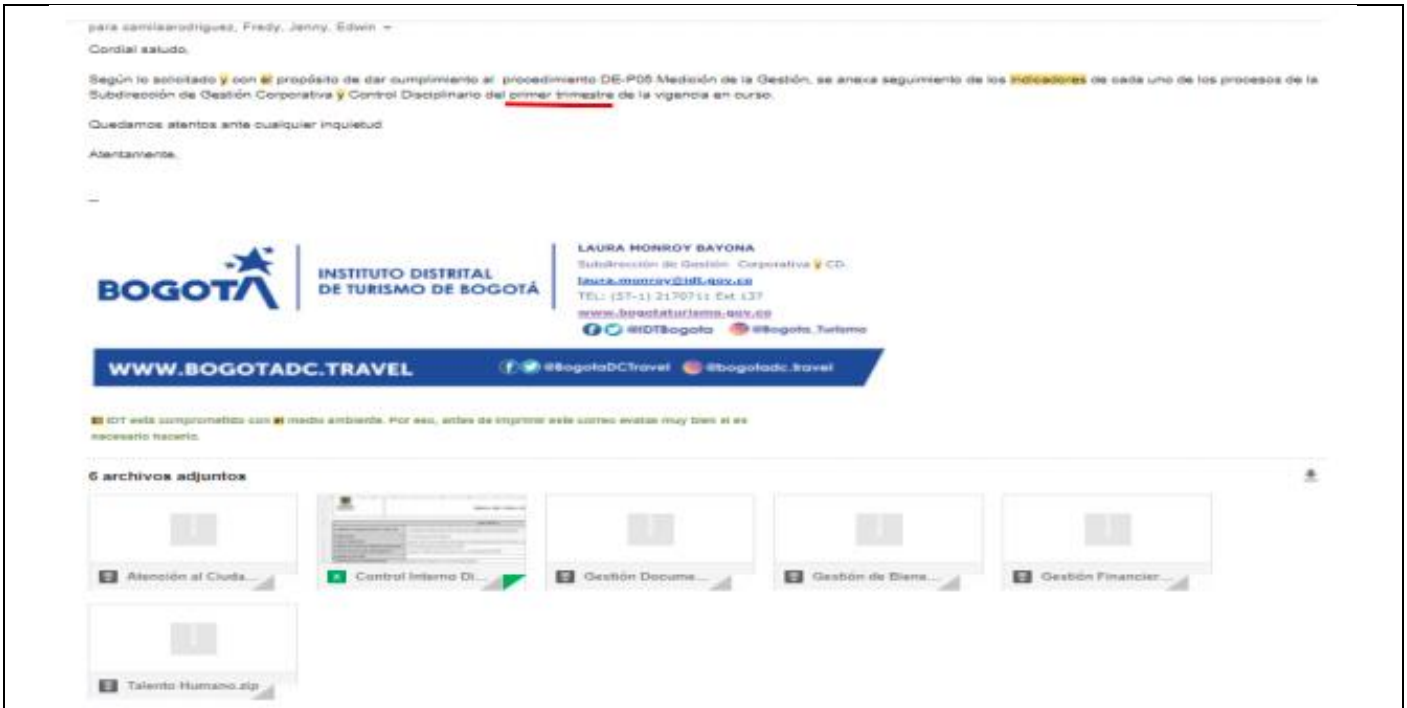
Dicho lo anterior, el proceso de Talento Humano – Seguridad y Salud en el Trabajo no acepta la no conformidad, teniendo en cuenta que se realizó el correcto reporte y en su momento se verificó su publicación tal como lo evidencia el acta de reunión arriba mencionada.

- **CASO 2:** *Para los indicadores "Ejecución plan de seguridad y salud en el trabajo, Frecuencia de accidentabilidad, Proporción de accidentes de trabajo, Severidad de los accidentes de trabajo y Ausentismo enfermedad laboral, se encuentra establecido en la hoja de vida que la frecuencia de la medición se realiza de forma trimestral. Al respecto, no fue posible verificar el reporte del I Trimestre puesto que el primer reporte que se encuentra publicado corresponde al II Trimestre documentando el primer semestre del año.*

Respuesta: El Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo no acepta este hallazgo toda vez que:

Según lo solicitado por la Oficina Asesora de Planeación y como se muestra a continuación, se realizó el reporte correspondiente al primer trimestre del año 2020.

INFORME FINAL


para camilaarodriguez, Fredy, Jenny, Edwin

Cordial saludo,

Según lo solicitado y con el propósito de dar cumplimiento al procedimiento DE-P06 Medición de la Gestión, se anexa seguimiento de los indicadores de cada uno de los procesos de la Subdirección de Gestión Corporativa y Control Disciplinario del primer trimestre de la vigencia en curso.

Quedamos atentos ante cualquier inquietud.

Atentamente,

LAURA MONROY BAYONA
Subdirección de Gestión Corporativa y CD
laura.monroy@idt.gov.co
TEL: (57-1) 2170711 Ext. 137
www.bogotaturismo.gov.co
@IDTBogota @bogota_Turismo

BOGOTÁ | INSTITUTO DISTRITAL DE TURISMO DE BOGOTÁ

WWW.BOGOTADC.TRAVEL @BogotaDCTravel @bogotadc.travel

IDT está comprometido con el medio ambiente. Por eso, antes de imprimir este correo evalúe muy bien si es necesario hacerlo.

6 archivos adjuntos

Atención al Ciuda... | Control Interno Di... | Gestión Docume... | Gestión de Bienes... | Gestión Financier... | Talento Humano.zip

Según reunión realizada con la Oficina Asesora de Planeación y la Asesora de Comunicaciones el pasado 21 de junio de 2021 (Acta de reunión anexa), se evidencia que las publicaciones correspondientes a la Vigencia 2020 en su momento se encontraban correctamente publicadas, sin embargo, para el mes junio de 2021 se verificaron nuevamente los indicadores encontrando inconsistencias en la publicación de los mismos, por lo que desde la Oficina Asesora de Planeación, se solicita a la Asesora de Comunicaciones realizar la respectiva corrección considerando que existen inconsistencias en las fechas de publicación.

Dicho lo anterior, el proceso de Talento Humano – Seguridad y Salud en el Trabajo no acepta la no conformidad, teniendo en cuenta que se realizó el correcto reporte y en su momento se verificó su publicación tal como lo evidencia el acta de reunión arriba mencionada.

Adicional a esto, es importante mencionar que, dado el nuevo Plan de Desarrollo desde la Oficina Asesora de Planeación, se determinó el ajuste y cambio de las hojas vida por lo cual una vez se realizaron las distintas mesas de trabajo y la verificación de los indicadores, se procedió con su publicación.

- **CASO 3.** El indicador denominado “proporción de accidentes de trabajo” cuenta con las siguientes situaciones:

- No se evidencia la medición del mismo desde septiembre de 2020.

- La hoja de vida del indicador no corresponde al indicador en mención, al abrir los archivos de los 2 reportes existentes en la intranet arroja las hojas de vida del indicador frecuencia de Accidentalidad

Respuesta: El Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo no acepta este hallazgo toda vez que:

Según reunión realizada con la Oficina Asesora de Planeación y la Asesora de Comunicaciones el pasado 21 de junio de 2021 (Acta de reunión anexa), se evidencia que las publicaciones correspondiente a la vigencia 2020 en su momento se encontraban correctamente publicadas, sin embargo, para el mes junio de 2021 se verificaron nuevamente los indicadores encontrando inconsistencias en la publicación de los mismos, por lo que desde la Oficina Asesora de Planeación, se solicita a la Asesora de Comunicaciones realizar la respectiva corrección considerando que existen inconsistencias en las fechas de publicación.

Dicho lo anterior, el proceso de Talento Humano – Seguridad y Salud en el Trabajo no acepta la no conformidad, teniendo en cuenta que se realizó el correcto reporte y en su momento se verificó su publicación tal como lo evidencia el acta de reunión arriba mencionada.

- **CASO 4.** El reporte del último cuatrimestre de 2020 (octubre- diciembre) del indicador "Severidad de los accidentes de trabajo" no corresponde el período reportado, ya que una vez realizada la revisión el archivo que se cargó en la página es el corresponde al primer trimestre del 2021.

Respuesta: El Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo no acepta este hallazgo toda vez que:

Según reunión realizada con la Oficina Asesora de Planeación y la Asesora de Comunicaciones el pasado 21 de junio de 2021 (Acta de reunión anexa), se evidencia que las publicaciones correspondiente a la vigencia 2020 en su momento se encontraban correctamente publicadas, sin embargo, para el mes de junio de 2021 se verificaron nuevamente los indicadores encontrando inconsistencias en la publicación de los mismos, por lo que desde la Oficina Asesora de Planeación, se solicita a la Asesora de Comunicaciones realizar la respectiva corrección considerando que existen inconsistencias en las fechas de publicación.

Dicho lo anterior, el proceso de Talento Humano – Seguridad y Salud en el Trabajo no acepta la no conformidad, teniendo en cuenta que se realizó el correcto reporte y en su momento se verificó su publicación tal como lo evidencia el acta de reunión arriba mencionada.

- **CASO 5.** El indicador "Cumplimiento de los requisitos de estructura" establece que la periodicidad de la medición es semestral, pero únicamente se cuenta con el reporte del primer semestre de 2020.

Respuesta: El Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo no acepta este hallazgo toda vez que:

En la intranet se encuentra la publicación de los dos semestres de la vigencia 2020, como se evidencia a continuación. Es de resaltar que se publicaron de manera individual considerando que el reporte del segundo semestre se realizó en la nueva hoja de vida. ***(Subsanado durante el proceso auditor).***

Cumplimiento de los requisitos de estructura		Octubre-Diciembre	Enero-Junio	
Cumplimiento en la investigación de incidentes, accidentes y enfermedades laborales			Julio-Septiembre Octubre-diciembre	Enero-Marzo
Ejecución de las fases de rediseño institucional			Octubre-diciembre	
Cumplimiento de los objetivos en seguridad y salud en el trabajo			Octubre-diciembre	
Cumplimiento de programas de vigilancia epidemiológica			Octubre-diciembre	
Cumplimiento de Requisitos de Estructura del SG SST			Octubre-diciembre	

Así mismo, el indicador "Cumplimiento en la investigación de incidentes, accidentes y enfermedades laborales" establece una periodicidad de medición "Mensual" pero únicamente se encuentra el reporte julio - septiembre de 2020 y de enero a marzo de 2021.

Respuesta: El Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo no acepta este hallazgo toda vez que:

El mencionado indicador fue creado para el tercer trimestre del año 2020 (Julio-septiembre) como resultado de la mesa de trabajo realizada por la Oficina Asesora de Planeación, como se muestra a continuación:

A continuación, relaciono los ajustes de los indicadores del SG SST que fueron aprobados el día de ayer por el subdirector de Gestión Corporativa y Control Disciplinario:

1. Se mantiene igual el indicador Frecuencia de accidentalidad en el IDT
2. Ajustar la fórmula del indicador Proporción de accidentes de trabajos mortales así: (Número de accidentes de trabajo mortales que se presentaron en el año / Total de accidentes de trabajo que se presentaron en el año) * 100
3. Ajustar la fórmula del indicador prevalencia de enfermedad laboral así: (Número de casos nuevos y antiguos de enfermedad laboral que se presentaron en el año / Promedio total de trabajadores que se presentaron en el año) * 100
4. Ajustar el nombre del indicador severidad de los accidentes de trabajo así: severidad de accidentalidad.
5. Ajustar el nombre del indicador ausentismo laboral así: ausentismo por causa médica
6. Ajustar la fórmula del indicador incidencia de enfermedad laboral así: (Número de casos nuevos de enfermedad laboral en el año / Promedio total de trabajadores en el año) y señalar en el objetivo del indicador que los casos que se miden son de enfermedades nuevas.
7. Se mantiene igual el indicador cumplimiento de Requisitos de Estructura del SG SST

Adicional a lo anterior, se aprobó crear los siguientes indicadores:

1. Evaluación inicial SG SST
2. Evaluación de las condiciones de salud
3. Evaluación de las condiciones de trabajo
4. Cumplimiento en la investigación de incidentes, accidentes y enfermedades laborales
5. Cumplimiento de los objetivos en seguridad y salud en el trabajo
6. Evaluación de acciones de mejora
7. Cumplimiento de programas de vigilancia epidemiológica

Pasos a seguir:

1. Diligenciar un solo formato (DE-F35 aprobación de creación, anulación o modificación de documentos V1. (13-05-2019)) en el que se relacionen todos los ajustes de los indicadores y remitirlo firmado por el subdirector.
2. Diligenciar las hojas de vida de los indicadores en el nuevo formato, el cual adjunto.

Dicha información es requerida a más tardar el día viernes 31 de julio.

Agradezco su comprensión.

Quedo atenta a sus inquietudes.

Cordialmente,

--
LORENA ELIZABETH MORA LIZARAZO
Oficina Asesora de Planeación
lorena.mora@idt.gov.co

De igual forma, en la intranet se encuentran publicados el total de reportes para el 2020 y 2021, como se evidencia a continuación.

Cumplimiento en la investigación de incidentes, accidentes y enfermedades laborales			Julio-Septiembre Octubre-diciembre	Enero-Marzo
Ejecución de las fases de rediseño institucional			Octubre-diciembre	
Cumplimiento de los objetivos en seguridad y salud en el trabajo			Octubre-diciembre	
Cumplimiento de programas de vigilancia epidemiológica			Octubre-diciembre	
Cumplimiento de Requisitos de Estructura del SG SST			Octubre-diciembre	
Cumplimiento en la investigación de incidentes, accidentes y enfermedades laborales			Octubre-diciembre	

Sin embargo, se evidencia que el área responsable de la publicación cargó dos veces el mismo periodo en diferente lugar.

Dado lo anterior, el proceso de Talento Humano – Seguridad y Salud en el Trabajo no acepta la no conformidad, teniendo en cuenta que se realizó el correcto reporte y en su momento se verificó su publicación tal como lo evidencia el acta de reunión realizada con la Oficina Asesora de Planeación y la Asesora de Comunicaciones adjunta.

- **CASO 6.** El indicador "Ejecución de las fases de rediseño institucional" no cuenta con ningún reporte en la página.

Respuesta: El Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo no acepta este hallazgo toda vez que: Al verificar el cargue en la intranet se observa que se encuentra con el debido reporte 2020.

Ejecución de las fases de rediseño institucional			Octubre-diciembre	

b. ***Criterio afectado:*** *Lo anterior no permite evidenciar el cumplimiento de lo estipulado en el Decreto 1072 de 2015 Artículo 2.2.4.6.19. Indicadores del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo SG- SST. "El empleador debe definir los indicadores (cualitativos o cuantitativos según corresponda) mediante los cuales se evalúen la estructura, el proceso y los resultados del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST y debe hacer el seguimiento a los mismos. Estos indicadores deben alinearse con el plan estratégico de la empresa y hacer parte del mismo".*

c. ***Implementar Corrección y acción Correctiva:*** *El proceso deberá implementar correcciones y acciones correctivas orientadas a implementar y hacer seguimiento respectivo a los indicadores del sistema.*

Respuesta: El Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo no acepta este hallazgo debido que: Dadas las razones que previamente se manifiestan, de manera respetuosa se solicita el traslado de la no conformidad al área correspondiente, toda vez que, desde el proceso producto de la auditoría se presentan las respectivas evidencias del cumplimiento al procedimiento DE-P05 Medición de la Gestión V8 y tal como lo evidencia el acta de reunión con la Oficina Asesora de Planeación y la Asesora de Comunicaciones, desde el proceso de Talento Humano – SST se realizó de manera oportuna los reportes para la publicación y se verificó en su momento su correcta publicación, sin embargo, en el mes de Junio se presentaron errores en el cargue, lo cual no es resorte de la Subdirección de Gestión Corporativa y Control Disciplinario.

CONCLUSIONES DEL EQUIPO AUDITOR

Una vez analizadas las observaciones presentadas por medio de correo electrónico el día 30 de junio, por el proceso de Gestión de Talento Humano-Seguridad y Salud en el Trabajo, donde indica, entre otros; " *No se acepta este hallazgo, teniendo en cuenta que el proceso de Talento Humano dio cabal cumplimiento al procedimiento DE-P05 Medición de la Gestión V8, realizando el oportuno reporte y seguimiento a los indicadores de Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo. Tal como se evidencia a continuación en respuesta a cada uno de los casos. En caso de presentarse alguna observación y/o no conformidad, al respecto de la* ***publicación*** *se solicita la misma trasladada al área correspondiente"* el equipo auditor REITERA la NO CONFORMIDAD, y los argumentos expuestos en el hallazgo presentado, toda vez que: la no conformidad está encaminada a la disponibilidad de la información en la intranet de la entidad en el momento de la revisión por parte del equipo auditor esta no conformidad es **transversal** con la asesoría de comunicaciones y con la oficina asesora de planeación.

Adicionalmente, es importante que se establezcan controles periódicos por parte del proceso con el fin de garantizar, que la información propia de este, se encuentre actualizada y en debida forma.

NO CONFORMIDAD No. 3 ***"Ausencia de plan de trabajo para mitigar riesgos identificados en el informe de profesional ARL"***

a. Situación o condición observada.

- El procedimiento TH-P13 pretende identificar peligros, valorar el riesgo e identificar los controles que permitan reducir el impacto de los mismos en las áreas del IDT, para ello es necesario llevar a cabo las siguientes tareas:
    - Proyectar un plan de trabajo producto del informe emitido por el profesional en riesgos de la ARL.
    - Revisar el plan de trabajo.
    - En caso que se requiera, realizar ajustes.
    - Ejecutar el plan de trabajo.
    - Y realizar seguimiento al plan de trabajo.

Para el equipo auditor no fue posible evidenciar la existencia, revisión, ajustes, aprobación, ejecución ni seguimiento de un plan de trabajo suscrito por el IDT como resultado del informe emitido por el profesional de riesgos de la ARL, con el objetivo de implementar controles que permitan reducir los riesgos identificados.

OBSERVACIONES PRESENTADAS POR EL PROCESO

NO CONFORMIDAD NO. 3 "Ausencia de plan de trabajo para mitigar riesgos identificados en el informe de profesional ARL"

INFORME FINAL

No.	Hallazgo	Descripción	Respuesta general
3	NC	No se evidencia la creación de un plan de trabajo producto del informe realizado por el profesional en riesgos de la ARL.	No se acepta este hallazgo, pues conforme a las acciones desarrolladas por SST, si se realizó un Plan de trabajo en el cual se realizó la revisión de los resultados del informe, y se remitió al área encargada con el fin de que se lleven a cabo las acciones correctivas necesaria. Así mismo, en el COPASST realizado el día 8 de junio de 2021 se socializa el informe y las acciones realizadas previas al Comité. Lo anterior con el fin de evidenciar un plan de trabajo por el área correspondiente y así mismo realizar seguimiento al cumplimiento de su cronograma. Esto evidencia el Plan de trabajo ejecutado y que las acciones producto del informe se encuentran en construcción y desarrollo. A continuación, el detalle de la respuesta y soporte de la misma.

a. Situación o condición observada.

El procedimiento TH-P13 pretende identificar peligros, valorar el riesgo e identificar los controles que permitan reducir el impacto de los mismos en las áreas del IDT, para ello es necesario llevar a cabo las siguientes tareas:

- Proyectar un plan de trabajo producto del informe emitido por el profesional en riesgos de la ARL.
- Revisar el plan de trabajo.
- En caso que se requiera, realizar ajustes.
- Ejecutar el plan de trabajo.
- Y realizar seguimiento al plan de trabajo.

Para el equipo auditor no fue posible evidenciar la existencia, revisión, ajustes, aprobación, ejecución ni seguimiento de un plan de trabajo suscrito por el IDT como resultado del informe emitido por el profesional de riesgos de la ARL, con el objetivo de implementar controles que permitan reducir los riesgos identificados.

b. Criterio afectado: Lo anterior no permite evidenciar el cumplimiento integral de lo establecido en el procedimiento TH-P13 Identificación de peligros valoración de riesgos e identificación de

INFORME

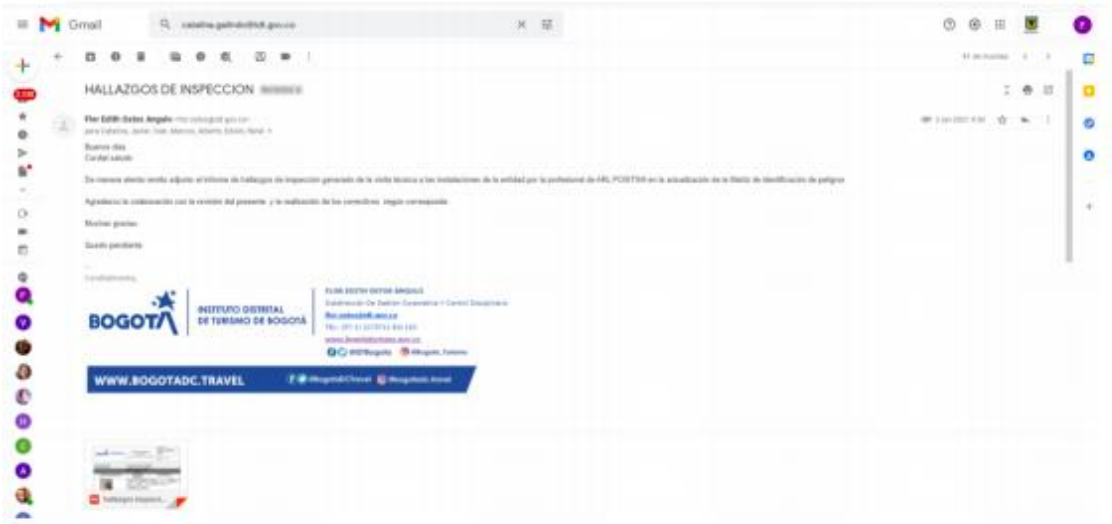
controles V2 (27- 06-2019) el cual establece en las actividades 5, 6, 7, 8 y 9 "Proyectar plan de trabajo, Revisar el plan de trabajo, Realizar ajustes, Ejecutar plan de trabajo y Ejercer seguimiento".

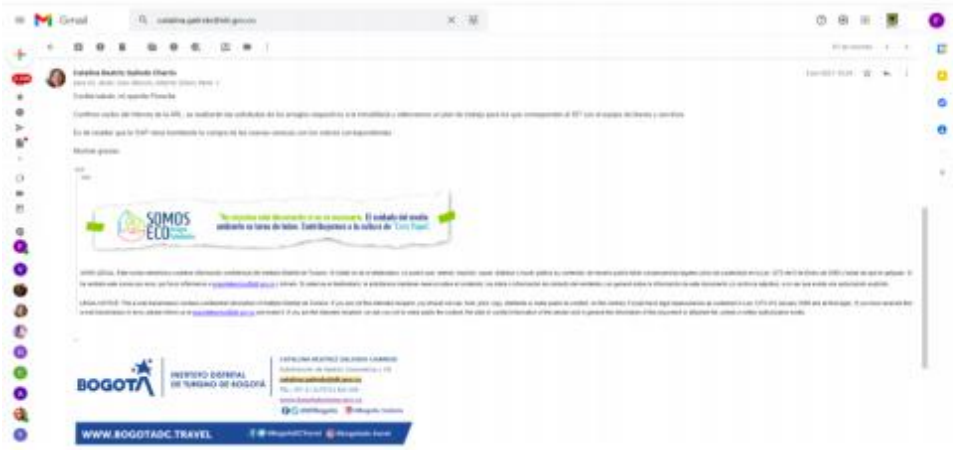
Respuesta: El Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo no acepta este hallazgo teniendo en cuenta que la fecha de la entrega del informe FORMATO REGISTRO DE HALLAZGOS – ARL POSITIVA (24 de mayo de 2021) y resultado de la visita técnica y actualización de la Matriz de Peligros 2021, la líder de Seguridad y Salud en el Trabajo adelanto el envío de dicho informe al área encargada con el fin de que se lleven a cabo las acciones correctivas necesarias. En dicha comunicación la líder del proceso de bienes y servicios informa que realizará un plan de trabajo interno para mitigar los hallazgos.

En el COPASST realizado el día 8 de junio de 2021 se socializa el informe y las acciones realizadas previas al Comité. Lo anterior con el fin de evidenciar un plan de trabajo por el área correspondiente y así mismo realizar seguimiento al cumplimiento de su cronograma. Así mismo durante todo el mes de junio y los siguientes se continuará apoyando a las áreas en cumplimiento de las acciones.

Dicho lo anterior se solicita que sea eliminada la no conformidad teniendo en cuenta, que desde el Proceso de Talento Humano – Seguridad y Salud en el Trabajo se adelantaron las acciones pertinentes enunciadas situación observada, tal como lo corrobora el correo electrónico que a continuación se señala:

INFORME FINAL





CONCLUSIONES DEL EQUIPO AUDITOR

Una vez analizadas las observaciones presentadas por medio de correo electrónico el día 30 de junio, por el proceso de Gestión de Talento Humano-Seguridad y Salud en el Trabajo, donde indica, entre otros; *" No se acepta este hallazgo, pues conforme a las acciones desarrolladas por SST, si se realizó un Plan de trabajo en el cual se realizó la revisión de los resultados del informe, y se remitió al área encargada con el fin de que se lleven a cabo las acciones correctivas necesaria.*
Así mismo, en el COPASST realizado el día 8 de junio de 2021 se socializa el informe y las acciones realizadas previas al Comité. Lo anterior con el fin de evidenciar un plan de trabajo por el área correspondiente y así mismo realizar seguimiento al cumplimiento de su cronograma. Esto evidencia el

Plan de trabajo ejecutado y que las acciones producto del informe se encuentran en construcción y desarrollo. " el equipo auditor MANTIENE la NO CONFORMIDAD, y los argumentos expuestos en el hallazgo presentado, toda vez que, si bien es cierto que se han realizado las actividades sugeridas en el informe emitido por la ARL, no se allegan evidencias objetivas de un cronograma y/o un plan de trabajo interno donde se documente cada unas de las activdiades, los tiempos, responsables así como tampoco un seguimiento oportuno que desvirtúe la situación observada.

b. **Criterio afectado:** Lo anterior no permite evidenciar el cumplimiento integral de lo establecido en el procedimiento TH-P13 Identificación de peligros valoración de riesgos e identificación de controles V2 (27-06-2019) el cual establece en las actividades 5, 6, 7, 8 y 9 *"Proyectar plan de trabajo, Revisar el plan de trabajo, Realizar ajustes, Ejecutar plan de trabajo y Ejercer seguimiento"*

c. **Implementar corrección y acción correctiva**: El proceso de Talento Humano SG-SST deberá suscribir acciones de mejora encaminadas a afianzar que los riesgos identificados en el informe emitido por la ARL sean valorados, controlados y monitoreados.

NO CONFORMIDAD No. 4 ***"Incumplimiento de los lineamientos para la realización de exámenes médicos"***

a. **Situación o condición Observada:** Con el fin de verificar la realización de los exámenes médicos periódicos y de egreso, se solicita a los responsables del sistema de gestión de Seguridad y Salud en el trabajo las evidencias, y como resultado del ejercicio se los siguientes casos:

Caso a: No fue posible verificar la totalidad de las evidencias solicitadas, ya que las mismas no se remitieron con oportunidad, por tanto de 7 funcionarios que se solicitaron los exámenes periódicos, se logró realizar la validación de 2 , en estos se logra constatar que no se cumple con la periodicidad establecida para la realización de los mismos.

Ej: Funcionaria de la asesoría de Control interno que ingresa en enero de 2018, se realiza el primer examen médico periódico el 26 de noviembre de 2019, es decir un año y 11 meses después del ingreso. En la vigencia 2020 se realizó en el mes de octubre, es decir antes de completar el año y en el 2021 no se ha realizado el examen.

INFORME FINAL

Examen periódico 2019

Certificado No.	45807	**Bogotá D.C.** 26/11/2019 7.53 AM
Empresa Contratante:	INSTITUTO DISTRITAL DE TURISMO	
	INSTITUTO DISTRITAL DE TURISMO	

Examen periódico 2020

Certificado No.	59004	**Bogotá D.C.** 20/10/2020 8,37 AM
Empresa Contratante:	INSTITUTO DISTRITAL DE TURISMO	
	INSTITUTO DISTRITAL DE TURISMO	

Caso b: Se observa en el procedimiento que el examen de retiro debe realizarse como máximo 5 días después de generarse la salida del funcionario, sin embargo, se observa que se está dejando el trámite a libre escogencia.

Oscar Sarmiento <oscar.sarmiento@idt.gov.co> 3 de febrero de 2021, 17:14
Para: Edwin Oswaldo Peña Roa <edwin.pena@idt.gov.co>
Cc: oscarsarmiento@hotmail.com, Alberto Amaya <alberto.amaya@idt.gov.co>, Flor Edith Ostos Angulo <flor.ostos@idt.gov.co>

Estimado Edwin.

Considero que por cuestiones de bioseguridad no es oportuno arriesgarse a realizarse el examen de retiro por lo que si no hay problema preferiría no ir a esos centros que son focos de contagio de Coronavirus.
En todo caso quedó pendiente de cualquier cosa.

Un fuerte abrazo a mi querido amigo.

siempre tendrá un buen amigo en mi.

Saludos y suerte.
[El texto citado está oculto]

Edwin Oswaldo Peña Roa <edwin.pena@idt.gov.co> 3 de febrero de 2021, 17:21
Para: Oscar Sarmiento <oscar.sarmiento@idt.gov.co>
Cc: oscarsarmiento@hotmail.com, Alberto Amaya <alberto.amaya@idt.gov.co>, Flor Edith Ostos Angulo <flor.ostos@idt.gov.co>

Apreciado Ingeniero,

En ese orden de ideas y dada su justificación en el contexto de pandemia, entendemos que voluntariamente no se realizará el examen de retiro.

Muchas gracias, y feliz tarde

b. Criterio afectado: Lo anterior no permite evidenciar el cumplimiento integral de lo establecido en el TH-P21 Procedimiento para la realización de los exámenes médicos ocupacionales V1, Lineamientos o políticas de operación: *"Cuando el servidor completa un año continuo en la entidad es programada por la persona líder de SST, para la toma de los exámenes periódicos" y (...), "*

Examen de retiro el cual se debe realizar al servidor(a) que termina la relación laboral, durante los cinco (5) días hábiles siguientes a su desvinculación", así como lo establecido en la norma ISO 9001: 2015, numeral 5.3 Control de la Información documentada **"** a**).** Se encuentre disponible y sea idóneo para utilizarlo, cuando y donde se necesite.

c. **Implementar corrección y acción correctiva:** Los responsables del sistema de seguridad y salud en el trabajo deberá implementar correcciones y acciones correctivas con el fin de cumplir con lo establecido en el procedimiento para la realización de los exámenes médicos, así como asegurarr que la información esté disponible cuando y donde se necesite.

OBSERVACIONES PRESENTADAS POR EL PROCESO.

NO CONFORMIDAD No. 4 "Incumplimiento de los lineamientos para la realización de exámenes médicos"

a. ***Situación o condición Observada:*** *Con el fin de verificar la realización de los exámenes médicos periódicos y de egreso, se solicita a los responsables del sistema de gestión de Seguridad y Salud en el trabajo las evidencias, y como resultado del ejercicio se los siguientes casos:*

Caso a: *No fue posible verificar la totalidad de las evidencias solicitadas, ya que las mismas no se remitieron con oportunidad, por tanto, de 7 funcionarios que se solicitaron los exámenes periódicos, se logró realizar la validación de 2, en estos se logra constatar que no se cumple con la periodicidad establecida para la realización de los mismos.*

Ej: funcionaria de la asesoría de Control interno que ingresa en enero de 2018, se realiza el primer examen médico periódico el 26 de noviembre de 2019, es decir un año y 11 meses después del ingreso. En la vigencia 2020 se realizó en el mes de octubre, es decir antes de completar el año y en el 2021 no se ha realizado el examen.

Caso b: *Se observa en el procedimiento que el examen de retiro debe realizarse como máximo 5 días después de generarse la salida del funcionario, sin embargo, se observa que se está dejando el trámite a libre escogencia.*

b. ***Criterio afectado:*** *Lo anterior no permite evidenciar el cumplimiento integral de lo establecido en el TH- P21 Procedimiento para la realización de los exámenes médicos ocupacionales V1, Lineamientos o políticas de operación: "Cuando el servidor completa un año continuo en la entidad*

INFORME FINAL

es programada por la persona líder de SST, para la toma de los exámenes periódicos" y (...), "Examen de retiro el cual se debe realizar al servidor(a) que termina la relación laboral, durante los cinco (5) días hábiles siguientes a su desvinculación", así como lo establecido en la norma ISO 9001: 2015, numeral 5.3 Control de la Información documentada "a). Se encuentre disponible y sea idóneo para utilizarlo, cuando y donde se necesite.

c. ***Implementar corrección y acción correctiva:*** *Los responsables del sistema de seguridad y salud en el trabajo deberá implementar correcciones y acciones correctivas con el fin de cumplir con lo establecido en el procedimiento para la realización de los exámenes médicos, así como asegurar que la información esté disponible cuando y donde se necesite.*

Respuesta: *El Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo no acepta este hallazgo debido que, los exámenes médicos ocupacionales periódicos solicitados en correo electrónico por el equipo auditor fueron (7) siete los cuales se remitieron en su totalidad por parte del proceso y a medida que se fueron solicitando, no (8) ocho como se cita en el presente informe. Exámenes periódicos enviados: Edwin Oswaldo Peña Roa; Viviana Duran; Natalia Echavarría.: Ruth Castro; Yolanda Tovar; Jenny Peña y Daniel Ramírez. A continuación, se muestra las solicitudes realizadas por el equipo.*

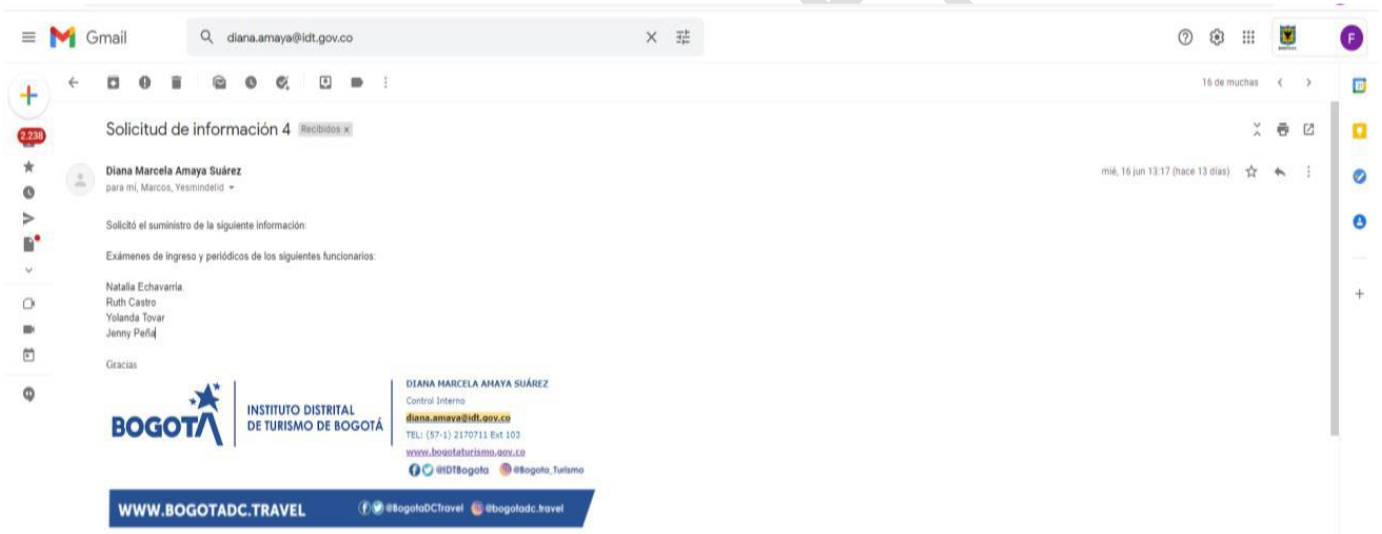
Solicitud de Información

1. Política del SG-SST
2. Comunicado de esta política al comité Paritario
3. Programa de Capacitación en SG-SST
4. convocatoria, elección y conformación del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo.
5. Actas de las reunionesdel COPASST, alcance de la auditoria.
6. Cronograma de actividades del COPASST.
7. Actas de sus reuniones o la delegación del Vigía de Seguridad y Salud en el Trabajo y los soportes de sus actuaciones.
8. Soportes de la revisión anual al Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) realizado por la alta dirección.
9. Resultados de la encuentra virtual elaborada para la identificación de peligros en el IDT
10. Informe técnico de la evaluación de riesgos
11. Actas de Aprobación y socialización del trabajo para el IDT.
12. Examen de ingreso y retiro de los siguientes funcionarios: Gabriel Eduardo Moreno Veloza, Fredy Alexander Castañeda, Diana Carolina Hernández, Alejandra solano Polonia, Oscar Sarmiento y Andrés Calderón Guzmán.
13. Examen periódico de: Viviana Duran Castro y Edwin Oswaldo Peña.
14. Examen medico del conducto de la entidad ingreso y periódico 2020.
15. Foto de los extintores de la entidad en donde se pueda ver su ubicación.

En lo correspondiente a la periodicidad hay que tener en cuenta que los exámenes médicos ocupacionales para la planta del IDT se unificaron a consecuencia de la puesta en marcha del documento "Profesiograma"

actualizado en la fecha en donde se asignan los exámenesmédicos periódicos por el cargo del servidor, es decir por sus funciones.
Es preciso mencionar que dado el alcance de la auditoria que comprende el periodo entre el 01 de octubre de 2019 al 31 de mayo de 2021. Solo se entregó evidencia del más reciente examen periódico practicado a la Dra. Viviana qué corresponde la vigencia 2019 y 2020 periodos que son sujeto de esta auditoría.

A consecuencia de la Pandemia por Covid-19 se consideró la justificación dada por el ex servidor debido a alto índice de contagio para las fechas. Es importante precisar también que los exámenes de retiro, la entidad los ofrece por ser su obligación normativa, sin existir alguna que obligue al retirado a practicárselo y mucho menos la entidad lo obligue en tal sentido. Tal como cita el artículo 6 de la resolución 2346 de 2007, así: "Artículo 6°. Evaluaciones médicas ocupacionales de egreso. Aquellas que se deben realizar al trabajador cuando se termina la relación laboral. Su objetivo es valorar y registrar las condiciones de salud en las que el trabajador se retira de las tareas o funciones asignadas. El empleador deberá informar al trabajador sobre el trámite para la realización de la evaluación médica ocupacional de egreso. (...)"



CONCLUSIONES DEL EQUIPO AUDITOR

Una vez analizadas las observaciones presentadas por medio de correo electrónico el día 30 de junio, por el proceso de Gestión de Talento Humano-Seguridad y Salud en el Trabajo, donde indica, entre otros; *"No se acepta este hallazgo, pues se cumple a cabalidad con los tiempos establecidos. Sin embargo, cabe aclarar que a consecuencia de la Pandemia por Covid-19 se ha considerado la justificación remitida por el funcionario para la realización del examen de retiro, dadas las restricciones de movilidad y autocuidado*

establecidas por el Gobierno Nacional y Distrital, sin que esto vaya en contravía de la obligación normativa y seguimiento que se realiza en la practica de los exámenes médicos.
Así mismo, no se acepta este hallazgo, pues el proceso remitió la totalidad de información requerida, puntualmente fueron (7) siete exámenes médicos ocupacionales periódicos que se enviaron al equipo auditor a medida que se fueron solicitando, de antemano agradecemos se verifique, cuales exámenes periódicos harían falta para de ser el caso remitirlos Exámenes periódicos enviados: Edwin Oswaldo Peña Roa; Viviana Duran; Natalia Echavarría.: Ruth Castro; Yolanda Tovar; Jenny Peña y Daniel Ramírez." el equipo auditor MANTIENE la NO CONFORMIDAD, y los argumentos expuestos en el hallazgo presentado, teniendo en cuenta lo siguiente:

- Por medio de la solicitud de información No 4 con fecha del 16 de junio del 2021, se requirieron exámenes médicos de ingreso y periódicos de los funcionarios: Natalia Echavarria, Ruth Castro , Yolanda Tovar y Jenny Peña, de los cuales solo se aportó evidencia de los exámenes periódicos, ya que los profesionales informaron que los exámenes de ingreso se encuentran en físico, y estos serían suministrados el día viernes 18 de junio del 2021, sin obtener respuesta de esto.
- Se corregirá la cantidad de los exámenes solicitados, relacionados en el informe, en vista que si fueron 7 los solicitados, y no 8 como se habían plasmado.
- De acuerdo a la respuesta generada por el proceso en el que se cita el "*Artículo 6°. Evaluaciones médicas ocupacionales de egreso. Aquellas que se **deben** realizar al trabajador cuando se termina la relación laboral. Su objetivo es valorar y registrar las condiciones de salud en las que el trabajador se retira de las tareas o funciones asignadas. El empleador deberá informar al trabajador sobre el trámite para la realización de la evaluación médica ocupacional de egreso. (...)"* de la resolución 2346 de 2007. Adicionalmente de acuerdo a la ISO:9001 del 2015, el término ***"debe"*** implica que es un requisito de **obligado cumplimiento.**
- Por último el criterio afectado en esta no conformidad esta encaminado al incumplimiento del "*TH-P21 Procedimiento para la realización de los exámenes médicos ocupacionales V1", Lineamientos o políticas de operación: "Cuando el servidor completa un año continuo en la entidad es programada por la persona líder de SST, para la toma de los exámenes periódicos" y (...), "Examen de retiro el cual se **debe** realizar al servidor(a) que termina la relación laboral, durante los cinco (5) días hábiles siguientes a su desvinculación(…) "* por lo que se recomienda que cualquier situación externa que esté relacionada con este tema se encuentre inmersa en el procedimiento.

NO CONFORMIDAD No 5. *"Actualización Documental"* (Transversal oficina asesora de Planeación).

a. **Situación o Condición observada:** Se evidencia que el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, lleva a cabo sus actividades teniendo en cuenta los lineamientos normativos, así como los

INFORME FINAL

documentos propios como el caso de manuales, procedimientos, planes y sus anexos relacionados, sin embargo, se observa que existe información documentada que no se encuentran debidamente actualizada, lo que no permiten que sean integralmente idóneos para su aplicación como se puede observar en los siguientes casos:

CASO 1. Al realizar la verificación del documento *TH-M04 "Manual del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo",* se evidencio, que en varios numerales se hace mención de la documentación de la vigencia 2020, tal y como se muestra a continuación:

- El Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo (SST):

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	INSTITUTO DISTRITAL DE TURISMO		
Código: TH-M04	**Nombre:** Manual del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.	**Versión:** 1	**Fecha de Aprobación:** 15/09/2020

El Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo (SST), implica la planeación, organización, ejecución y evaluación de actividades de medicina preventiva y del trabajo, y de las de higiene y seguridad industrial, tendientes a preservar, mantener y mejorar la salud individual y colectiva de los trabajadores en sus ocupaciones y que deben ser desarrolladas en sus sitios de trabajo en forma integral e interdisciplinaria. La ejecución del mismo es verificada mensualmente y es actualizado como mínimo una vez al año.

Este se encuentra publicado en el siguiente link:
http://intranet.bogotaturismo.gov.co/sites/intranet.bogotaturismo.gov.co/files/Resolucion%20023%20de%202020%20adopta%20Plan%20SST.pdf

- Resolución creación del COPASST.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	INSTITUTO DISTRITAL DE TURISMO		
Código: TH-M04	**Nombre:** Manual del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.	**Versión:** 1	**Fecha de Aprobación:** 15/09/2020

Comité paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo – COPASST.

La conformación del COPASST para la vigencia 2018 – 2020 se encuentra establecida bajo la Resolución 061 del 27 de marzo de 2020 "Por la cual se actualiza la conformación del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo – COPASST, para lo que resta del periodo 2018 -2020.

- Creación del Comité de Convivencia Laboral:

> La conformación del Comité de Convivencia Laboral para la vigencia 2019 – 2021 se encuentra establecido bajo la Resolución 064 del 30 de marzo de 2020 "Por la cual se modifica parcialmente la resolución 079 del 30 de abril de 2019 por la cual se conforma el Comité de Convivencia Laboral del Instituto Distrital de Turismo – IDT para el periodo 2019 – 2021 y se reglamentan sus funciones.

Se pudo constatar que estos planes y comités, cuentan a la fecha de la presente auditoria, con los documentos adoptados y aprobados para la vigencia 2021, por tanto, es importante mantener actualizada la información allí contenida.

CASO 2. Al verificar el *TH-P12 procedimiento para la entrega, reposición e inspección de elementos de protección personal,* en la actividad 3 de este, se realiza mención de diligenciar un formato para la entrega de elementos de protección personal, tal y como se muestra a continuación:

3	Diligenciar formato de entrega de EPP	Diligencia formato de entrega de los elementos de protección personal, con el fin de determinar la durabilidad y seguimiento de entrega para cada uno.	Profesional de Talento Humano

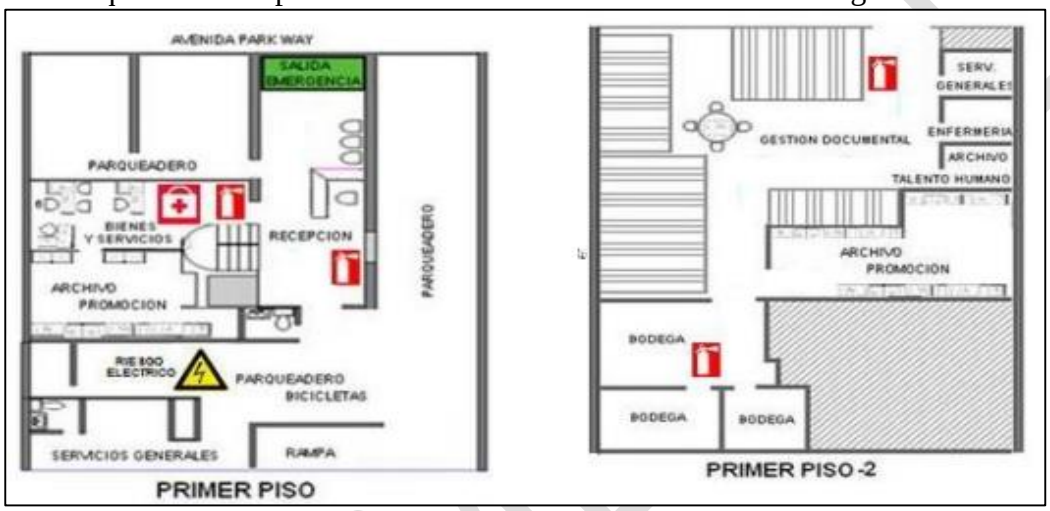
De acuerdo a lo anterior y a las evidencias aportadas el equipo auditor, no identificó cual es el formato que debe ser diligenciado, a lo que el proceso argumenta, que este se realiza por medio del *GD-F06 Acta*, esto para los meses de enero y marzo del 2020, a partir de allí estos requerimientos se realizan por medio de correo electrónico lo que no es concordante con el procedimiento, al no contar con el formato (*GD-F06 Acta),* diligenciado, lo que permite concluir que no hay evidencia de la entrega de los elementos de protección.

Por otra parte, también se pudo observar que la entrega de estos elementos a partir de marzo del 2020 a la fecha de la presente auditoria, se están entregando por parte del proceso de Bienes y Servicios previa solicitud del profesional de Seguridad y Salud en el trabajo por medio de correo electrónico, lo que permite evidenciar, que esto no se está realizando por la persona encargada, como lo establece el procedimiento.

4	Entregar EPP	Entrega los elementos de protección personal, a los servidores que lo requieran.	Profesional de Talento Humano

CASO 3. Al verificar el plan de emergencias adoptado por la entidad vigencia 2021, se constató que la entidad actualmente cuenta con 9 botiquines, 1 fijo en enfermería y 8 móviles que se encuentra distribuidos en la entidad en bolsos rojos, estos identificados como tipo A Y B, tal y como se muestra a continuación:

Imagen tomada *PLAN DE EMERGENCIAS IDT 2021 REVISADO Y APROBADO*
Esta información fue corroborada, por el equipo auditor en la visita presencial llevada a cabo el día 08 de junio de la presente vigencia, en compañía del profesional de SG-SST de la entidad, en la cual se realizó inspección de los botiquines, se observa, que la información anteriormente relacionada no concuerda, con la ubicación de los botiquines en los puntos identificados dentro del Plan de Emergencias:



De acuerdo a lo anterior se puede evidenciar que la distribución de los botiquines que se encuentra señalizada en el numeral **7.3 Distribución de pisos**, no coincide con lo que se encuentra identificado en el numeral **9.2.1 Recursos Internos**, de este mismo plan, toda vez que:

- En las imágenes no se ubica o señaliza el botiquín que se encuentra en enfermería tanto el fijo como el móvil.
- En el quinto piso se señalizan dos botiquines, cuando solo se encuentra uno físico.
- En el piso seis, no se señaliza ni ubica ningún botiquín, cuando este se encuentra de manera física en el área de auditorio 2.

Por lo anterior mente expuesto se evidencia que el documento plan de emergencias vigencia 2021, no coincide con lo mencionado en un numeral, con respecto a otro.

Adicionalmente se observa que este documento no ha sido actualizado desde la vigencia del 2019, se debe tener en cuenta la actualización de este en vista, que en la vigencia 2020, cambio la planeación estratégica de la entidad, el cual debe armonizarse con esta.

b. Criterio Afectado: Lo anterior no permite evidenciar el cumplimiento integral de la Norma ISO 9001:2015, *Numeral 4.4.2 En la medida en que sea necesario, la organización debe:*

a. mantener información documentada para apoyar la operación de sus procesos;

b. conservar la información documentada para tener la confianza de que los procesos se realizan según lo planificado.

Así como tampoco lo establecido en el numeral 7.5.2 Creación y actualización*: "Al crear y actualizar la información documentada, la organización debe asegurarse de que lo siguiente sea apropiado: c) la revisión y aprobación con respecto a la conveniencia y adecuación"*

c. Implementar corrección y acción correctiva:

El proceso debe implementar correcciones y acciones correctivas orientadas a actualizar la totalidad de los documentos asociados al proceso.

INFORME FINAL

OBSERVACIONES PRESENTADAS POR EL PROCESO.

NO CONFORMIDAD No 5. "Actualización Documental"

No.	Hallazgo	Descripción	Respuesta general
5	NC	Se observa que existe información documentada que no se encuentra debidamente actualizada, lo que no permite que sea integralmente idónea para su consulta y aplicación.	No se acepta este hallazgo, pues conforme al cronograma de trabajo establecido al inicio de la vigencia, esta actividad se encuentra programada dentro del Plan de Acción de MIPG del proceso de Talento Humano. En el cual se programó "realizar un diagnóstico del estado de la documentación del proceso de Talento Humano y SST para proponer la actualización, eliminación y /o creación de documentos" para meses posteriores a la realización de esta auditoría. Se solicita revisar esta No Conformidad, toda vez que el proceso se encuentra a tiempo y dentro del cronograma establecido, para realizar el diagnóstico de la documentación y, si así es requerido, actualizarla. Sin embargo, la ejecución de esta acción no es posible verificarla en esta auditoría pues la misma no se encuentra dentro del periodo objeto de análisis (01 de octubre de 2019 al 31 de mayo de 2021).

a. Situación o Condición observada: *Se evidencia que el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, lleva a cabo sus actividades teniendo en cuenta los lineamientos normativos, así como los documentos propios como el caso de manuales, procedimientos, planes y sus anexos relacionados, sin embargo, se observa que existe información documentada que no se encuentran debidamente actualizada, lo que no permiten que sean integralmente idóneos para su aplicación como se puede observar en los siguientes casos:*

CASO 1. *Al realizar la verificación del documento TH-M04 "Manual del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo", se evidencio, que en varios numerales se hace mención de la documentación de la vigencia 2020, tal y como se muestra a continuación:*

- El Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo (SST):
- *Se pudo constatar que estos planes y comités, cuentan a la fecha de la presente auditoria, con los documentos adoptados y aprobados para la vigencia 2021, por tanto, es importante mantener actualizada la información allí contenida.*

Respuesta: El Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo no acepta este hallazgo en el informe de auditoría debido que, en el marco de la mejora continua del proceso y teniendo en cuenta que este documento tiene variaciones estructurales en su contenido y en cumplimiento transversal de las actividades del plan de acción 2021 de MIPG el documento está próximo a ser actualizado para la vigencia.

A continuación, se remite el drive donde se evidencia que la acción: Diagnóstico del estado de la documentación del proceso de Talento Humano y SST para proponer la actualización, eliminación y /o creación de documentos, se encuentra en ejecución durante la vigencia en meses posteriores a esta auditoría. Por lo cual no procede una No Conformidad.

https://docs.google.com/spreadsheets/d/1N1LXjqqvYeymBfUk7Vbva1pQKpx6s6oE5kcwZ2HqsYQ/edit#gid=1723903827

CASO 2. *Al verificar el TH-P12 procedimiento para la entrega, reposición e inspección de elementos de protección personal, en la actividad 3 de este, se realiza mención de diligenciar un formato para la entrega de elementos de protección personal, tal y como se muestra a continuación:*
De acuerdo a lo anterior y a las evidencias aportadas el equipo auditor, no identificó cual es el formato que debe ser diligenciado, a lo que el proceso argumenta, que este se realiza por medio del GD-F06 Acta, esto para los meses de enero y marzo del 2020, a partir de allí estos requerimientos se realizan por medio de correo electrónico lo que no es concordante con el procedimiento, al no contar con el formato (GD-F06 Acta), diligenciado, lo que permite concluir que no hay evidencia de la entrega de los elementos de protección.
Por otra parte, también se pudo observar que la entrega de estos elementos a partir de marzo del 2020 a la fecha de la presente auditoria, se están entregando por parte del proceso de Bienes y Servicios previa solicitud del profesional de Seguridad y Salud en el trabajo por medio de correo electrónico, lo que permite evidenciar, que esto no se está realizando por la persona encargada, como lo establece el procedimiento

Respuesta: El Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo no acepta este hallazgo en el informe de auditoría debido que , con la declaratoria de la Emergencia Sanitaria por el Gobierno Nacional se impulsó el desarrollo de las actividades de forma remota o virtual y con el ánimo de no intervenir con los procesos y disminuir el riesgo de contaminación cruzada en actividades archivísticas y de manipulación de documentos, se ajustó la forma de solicitud de los elementos de protección personal para realizarla de manera virtual y directa al área evitando, como se ha hecho en otros procesos, el uso del papel. Enviando por correo electrónico la solicitud y los mismos datos que eran consignados en el formato físico de Acta.

CASO 3. *Al verificar el plan de emergencias adoptado por la entidad vigencia 2021, se constató que la entidad actualmente cuenta con 9 botiquines, 1 fijo en enfermería y 8 móviles que se encuentra distribuidos en la entidad en bolsos rojos, estos identificados como tipo A Y B, tal y como se muestra a continuación:*

INFORME FINAL

Esta información fue corroborada, por el equipo auditor en la visita presencial llevada a cabo el día 08 de junio de la presente vigencia, en compañía del profesional de SG-SST de la entidad, en la cual se realizó inspección de los botiquines, se observa, que la información anteriormente relacionada no concuerda, con la ubicación de los botiquines en los puntos identificados dentro del Plan de Emergencias.
*De acuerdo a lo anterior se puede evidenciar que la distribución de los botiquines que se encuentra señalizada en el numeral **7.3 Distribución de pisos**, no coincide con lo que se encuentra identificado en el numeral **9.2.1 Recursos Internos**, de este mismo plan, toda vez que:*

- *En las imágenes no se ubica o señaliza el botiquín que se encuentra en enfermería tanto el fijo como el móvil.*
- En el quinto piso se señalizan dos botiquines, cuando solo se encuentra uno físico.
- *En el piso seis, no se señaliza ni ubica ningún botiquín, cuando este se encuentra de manera física en el área de auditorio 2.*

Por lo anteriormente expuesto se evidencia que el documento plan de emergencias vigencia 2021, no coincide con lo mencionado en un numeral, con respecto a otro.
Adicionalmente se observa que este documento no ha sido actualizado desde la vigencia del 2019, se debe tener en cuenta la actualización de este en vista, que en la vigencia 2020, cambio la planeación estratégica de la entidad, el cual debe armonizarse con esta.

Respuesta: El Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo solicita sea revisado este hallazgo en el informe de auditoría toda vez que, si bien la ubicación actual de los botiquines se encuentra en las zonas demarcadas con los demás elementos de emergencia en cada uno de los pisos, esta difiere parcialmente de lo consignado en los planos, se solicita sea considerada una observación y no un hallazgo pues no afecta el cumplimiento del plan de emergencia ni pone en riesgo el objetivo para lo cual están destinados.

b. Criterio Afectado: *Lo anterior no permite evidenciar el cumplimiento integral de la Norma ISO 9001:2015, Numeral 4.4.2 En la medida en que sea necesario, la organización debe:*
a. mantener información documentada para apoyar la operación de sus procesos;
b. conservar la información documentada para tener la confianza de que los procesos se realizan según lo planificado.
Así como tampoco lo establecido en el numeral 7.5.2 Creación y actualización: "Al crear y actualizar la información documentada, la organización debe asegurarse de que lo siguiente sea apropiado:
c) la revisión y aprobación con respecto a la conveniencia y adecuación"

c. *Implementar corrección y acción correctiva:*

El proceso debe implementar correcciones y acciones correctivas orientadas a actualizar la totalidad de los documentos asociados al proceso

INFORME FINAL

.
Respuesta: El Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo no acepta este hallazgo en el informe de auditoría debido que, en el marco de la mejora continua del proceso y teniendo en cuenta que se encuentra documentado los procesos y actividades realizadas tal como se mencionó anteriormente y que los mismos son objeto de revisión y de ser requerido serán actualizados de acuerdo al cronograma establecido e el plan de acción MIPG 2021.
A continuación, se remite el drive donde se evidencia que la acción: Diagnóstico del estado de la documentación del proceso de Talento Humano y SST para proponer la actualización, eliminación y /o creación de documentos, se encuentra en ejecución durante la vigencia en meses posteriores a esta auditoría. Por lo cual no procede una No Conformidad.

https://docs.google.com/spreadsheets/d/1N1LXjqqvYeymBfUk7Vbva1pQKpx6s6oE5kcwZ2HqsYQ/edit#gid=1723903827

CONCLUSIONES DEL EQUIPO AUDITOR: Una vez analizadas las observaciones presentadas por medio de correo electrónico el día 30 de junio, por el proceso de Gestión de Talento Humano-Seguridad y Salud en el Trabajo, donde indica, entre otros; " *No se acepta este hallazgo, pues conforme al cronograma de trabajo establecido al inicio de la vigencia, esta actividad se encuentra programada dentro del Plan de Acción de MIPG del proceso de Talento Humano. En el cual se programó "realizar un diagnóstico del estado de la documentación del proceso de Talento Humano y SST para proponer la actualización, eliminación y /o creación de documentos" para meses posteriores a la realización de esta auditoría.*

Se solicita revisar esta No Conformidad, toda vez que el proceso se encuentra a tiempo y dentro del cronograma establecido, para realizar el diagnóstico de la documentación y, si así es requerido, actualizarla. Sin embargo, la ejecución de esta acción no es posible verificarla en esta auditoría pues la misma no se encuentra dentro del periodo objeto de análisis (01 de octubre de 2019 al 31 de mayo de 2021). " el equipo auditor REITERA la NO CONFORMIDAD, y los argumentos expuestos en el hallazgo presentado, toda vez que:

- Al realizar la verificación del plan de acción MIPG, se observa, en la actividad No 6 "*Realizar un diagnóstico del estado de la documentación del proceso de Talento Humano y Seguridad y Salud en el Trabajo para proponer actualización, eliminación y/o creación de documentos.",* que para el mes de marzo el entregable es el diagnóstico elaborado, y a partir del mes de abril se daría inicio a la actualización de los documentos allí identificados, no obstante, no fue posible evidenciar el diagnóstico elaborado dentro de las evidencias allegadas para desestimar la situación evidenciada.
- Por otro lado, se tiene establecido que para la entrega de elementos de protección personal **debe** elaborarse el acta de entrega, no obstante, y entendiendo la situación por la emergencia sanitaria por COVID-19, esta se está realizando por medio de correo electrónico , se sugiere que a partir de la fecha se realicen estas actas de manera electrónica y sean firmadas digitalmente, como se ha

INFORME FINAL

implementado en los diferentes procesos de la entidad, y así garantizar el cumplimiento integral del procedimiento.

- Es importante recordar que la no conformidad está encaminada a la actualización documental abordando la totalidad de los documentos que integran el sistema de seguridad y salud en el trabajo, por tanto, el plan de emergencias hace parte de esta documentación, adicionalmente se observa que este fue actualizado durante el primer semestre de la vigencia, el cual debió contemplar la actual ubicación de estos elementos.

Por ultimo y teniendo en cuenta el alcance de este hallazgo, la no conformidad es transversal con la oficina asesora de Planeación.

NO CONFORMIDAD No 6. ***"Incumplimiento de criterios estipulados en el Plan de Emergencia"***

a. **Situación o condición observada:** De acuerdo a la revisión del plan de emergencia de la entidad adoptado para la vigencia 2020 y 2021, no se evidencio a la fecha de la presente auditoria la difusión o socialización del plan de emergencia médica a todo el personal.

Por otra parte, si bien es cierto el plan de emergencia de la vigencia 2020 se divulgó o socializó por medio de correo electrónico el día 14 de octubre del 2020 y el de la vigencia 2021, el día 04 de junio del 2021, el plan de emergencia determina que este debe realizarse a través de capacitaciones en el cual se entregará el folleto "*Manual de Procedimientos para Actuación en Emergencias",* a la fecha de la presente auditoria no se evidencio las actividades anterior mente descritas.

El sistema de divulgación del plan de emergencias se hará a través de capacitaciones por grupos, hasta cubrir la planta de personal existente. El tiempo destinado a capacitación será de una hora. Toda persona que asiste a la capacitación recibirá el folleto de "Manual de Procedimientos para Actuación en Emergencias".

El equipo auditor no logro obtener evidencia de la socialización del plan de emergencia médica, así como tampoco evidencia que diera cuenta de la divulgación del plan de emergencias en capacitaciones, y del folleto de *"Manual de Procedimientos para Actuación en Emergencias".*

b. **Criterio afectado:** Lo anterior no permite evidenciar el cumplimiento integral de lo establecido en el plan de emergencias **2020, 19. MEDEVAC, 19.3 Recurso humano y responsabilidades** "*Para la difusión del Plan de Emergencia Médicas se hará por medio de la cartelera de información donde se publicarán los teléfonos de la red de apoyo (clínicas hospitales, centro de salud), además en charlas de seguridad se dará a conocer Medevac a todo el personal."*

INFORME FINAL

- **Numeral 20. PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, Divulgación** *"El sistema de divulgación del plan de emergencias se hará a través de capacitaciones por grupos, hasta cubrir la planta de personal existente. El tiempo destinado a capacitación será de una hora. Toda persona que asiste a la capacitación recibirá el folleto de "Manual de Procedimientos para Actuación en Emergencias".*

  Así como tampoco lo establecido en el Decreto 1072 del 2015 por el cual "*se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo* **"Artículo 2.2.4.6.25.** *Prevención, preparación y respuesta ante emergencias "* ***numeral 9.*** *Informar, capacitar y entrenar incluyendo a todos los trabajadores, para que estén en capacidad de actuar y proteger su salud e integridad, ante una emergencia real o potencial;*

c. **Implementar corrección y acción correctiva:**

El proceso debe implementar correcciones y acciones correctivas orientadas a cumplir con lo estipulado en los documentos que integran el SG-SST.

<u>OBSERVACIONES PRESENTADAS POR EL PROCESO.</u>

NO CONFORMIDAD No 6. "Incumplimiento de criterios estipulados en el Plan de Emergencia"

No.	Hallazgo	Descripción	Respuesta general
6	NC	Se observa que no se cumple integralmente con lo estipulado en el plan de emergencias adoptado por la entidad.	No se acepta este hallazgo, pues el Manual de Procedimientos para Actuación en Emergencias", será efectivamente divulgado a la comunidad en el segundo semestre del año de acuerdo con el plan de acción de la brigada de emergencia 2021

a. Situación o condición observada:

De acuerdo a la revisión del plan de emergencia de la entidad adoptado para la vigencia 2020 y 2021, no se evidencio a la fecha de la presente auditoria la difusión o socialización del plan de emergencia médica a todo el personal.
Por otra parte, si bien es cierto el plan de emergencia de la vigencia 2020 se divulgó o socializó por medio de correo electrónico el día 14 de octubre del 2020 y el de la vigencia 2021, el día 04 de junio del 2021, el plan de emergencia determina que este debe realizarse a través de capacitaciones en el cual se entregará el folleto "Manual de Procedimientos para Actuación en Emergencias", a la fecha de la presente auditoria no se evidencio las actividades anteriormente descritas.

INFORME FINAL

El sistema de divulgación del plan de emergencias se hará a través de capacitaciones por grupos, hasta cubrir la planta de personal existente. El tiempo destinado a capacitación será de una hora. Toda persona que asiste a la capacitación recibirá el folleto de "Manual de Procedimientos para Actuación en Emergencias".
El equipo auditor no logro obtener evidencia de la socialización del plan de emergencia médica, así como tampoco evidencia que diera cuenta de la divulgación del plan de emergencias en capacitaciones, y del folleto de "Manual de Procedimientos para Actuación en Emergencias".

b. Criterio afectado:

- *Lo anterior no permite evidenciar el cumplimiento integral de lo establecido en el plan de emergencias* ***2020, 19. MEDEVAC, 19.3 Recurso humano y responsabilidades*** *"Para la difusión del Plan de Emergencia Médicas se hará por medio de la cartelera de información donde se publicarán los teléfonos de la red de apoyo (clínicas hospitales, centro de salud), además en charlas de seguridad se dará a conocer Medevac a todo el personal."*
- ***Numeral 20. PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, Divulgación*** *"El sistema de divulgación del plan de emergencias se hará a través de capacitaciones por grupos, hasta cubrir la planta de personal existente. El tiempo destinado a capacitación será de una hora. Toda persona que asiste a la capacitación recibirá el folleto de "Manual de Procedimientos para Actuación en Emergencias".*

Así como tampoco lo establecido en el Decreto 1072 del 2015 por el cual "se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo ***"Artículo 2.2.4.6.25.*** *Prevención, preparación y respuesta ante emergencias "numeral* ***9.*** *Informar, capacitar y entrenar incluyendo a todos los trabajadores, para que estén en capacidad de actuar y proteger su salud e integridad, ante una emergencia real o potencial;*

c. ***Implementar corrección y acción correctiva:***
El proceso debe implementar correcciones y acciones correctivas orientadas a cumplir con lo estipulado en los documentos que integran el SG-SST.

Respuesta: El Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo no acepta el hallazgo en el informe de auditoría debido a, el Plan de Emergencia en su punto de divulgación que refiere al folleto de "Manual de Procedimientos para Actuación en Emergencias", toda vez que se contempló en el plan de acción elaborado por la brigada de emergencia y en el marco de la pandemia por covid-19 se definió realizar un video de Bienvenida y conocimiento del actuar en caso de emergencia, tal como se mencionó en la auditoria.
En evidencia de lo expuesto se muestra a continuación imagen de Plan de trabajo y se anexa correo de divulgación y proyección de guion. El cual se encuentra en ejecución y puntualmente esta actividad se desarrollará en el segundo semestre de la vigencia.

INFORME FINAL

PLAN DE ACCIÓN BRIGADA DE EMERGENCIA 2021

COMPONENTE	ACTIVIDAD	META
COMUNICACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN HACIA LA COMUNIDAD INSTITUCIONAL	Realizar talleres de sensibilización hacia la comunidad institucional con enfoque preventivo y de respuesta	3 talleres al año
	Realizar contenidos para el boletin info al día	5 contenidos al año (15 de cada mes)
	Realizar contenidos para el blog intranet	8 contenidos al año (30 de cada mes)
	Realizar video de bienvenida de seguridad y autocuidado apoyado con lengua de señas	1 video
	Realizar top 10 de recomendaciones de seguridad y autocuidado para el trabajo en casa y en campo	1 documento
	Realizar presentación para la jornada de inducción y reinducción	1 presentación
	Realizar contenido para el espacio SST en la intranet	1 espacio en intranet implementado
	Participar en el Simulacro Distrital y Realizar simulacro institucional	2 informes de participación

CONCLUSIONES DEL EQUIPO AUDITOR

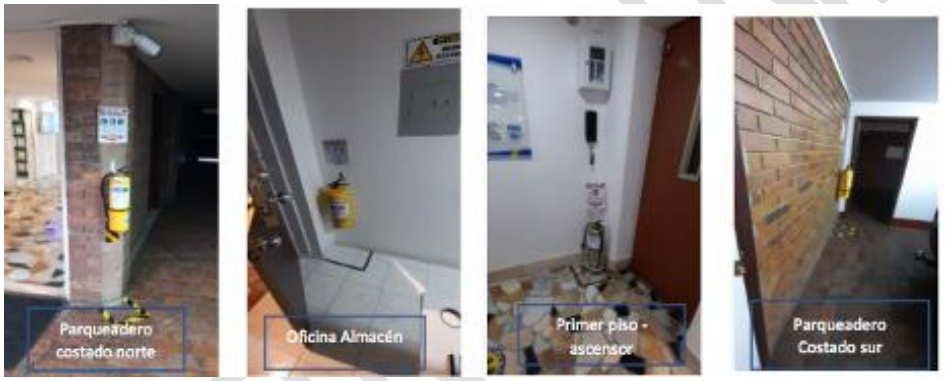
Una vez analizadas las observaciones presentadas por medio de correo electrónico el día 30 de junio, por el proceso de Gestión de Talento Humano-Seguridad y Salud en el Trabajo, donde indica, entre otros; "*No se acepta este hallazgo, pues el Manual de Procedimientos para Actuación en Emergencias", será efectivamente divulgado a la comunidad en el segundo semestre del año de acuerdo con el plan de acción de la brigada de emergencia 2021"* el equipo auditor REITERA la NO CONFORMIDAD, y los argumentos expuestos en el hallazgo presentado, toda vez que:

- De acuerdo a las evidencias allegadas por el proceso, no se puede establecer en que actividad ni en qué fecha será socializado el *Manual de Procedimientos para Actuación en Emergencias*, es pertinente tener encuentra que la no conformidad, no está encaminada únicamente a la socialización, sino que también contempla la elaboración del folleto de este manual, para lo cual, no se pudo verificar su existencia ni socialización en las vigencias 2020 y 2021.
- Adicionalmente, si se contempló, la elaboración de un video de Bienvenida y conocimiento del actuar en caso de emergencia, esto debió haberse plasmado dentro de la actualización del plan de emergencia llevada a cabo dentro de la vigencia 2021.

OBSERVACIÓN No. 1 ***"Accesibilidad a extintores del IDT"***

a. **Situación o Condición Observada:** Durante la inspección realizada por parte del equipo auditor, se evidencio que el IDT cuenta con 20 extintores de 10 y 20 libras, distribuidos en los 6 pisos de la entidad, así:

- **Piso 1:** cuenta con 4 extintores de los cuales se pudo hacer la verificación total, constatando que los mismos se encuentran ubicados en sitios de fácil acceso, con la respectiva inspección periódica, con los mantenimientos y recargas.

IMAGEN


Piso 2: cuenta con 3 extintores de los cuales se pudo hacer la verificación total, constatando que los mismos se encuentran ubicados en sitios de fácil acceso, con la respectiva inspección periódica, con los mantenimientos y recargas.

INFORME FINAL

IMAGEN

- **Piso 3:** Cuenta con 4 extintores de los cuales se pudo hacer la verificación de 3 de ellos, evidenciando que estos están ubicados en sitios de fácil acceso, con la respectiva inspección periódica, con los mantenimientos y recargas. El extintor que no se pudo verificar se encuentra en Data center, un sitio restringido y no se pudo hacer la inspección del mismo.

IMAGEN

- **Piso 4:** cuenta con 3 extintores de los cuales se pudo hacer la verificación total, constatando que los mismos se encuentran ubicados en sitios de fácil acceso, con la respectiva inspección periódica, con los mantenimientos y recargas.

IMAGEN

- **Piso 5:** cuenta con 3 extintores de los cuales se pudo hacer la verificación total, constatando que los mismos se encuentran ubicados en sitios de fácil acceso, con la respectiva inspección periódica, con los mantenimientos y recargas.

IMAGEN

- **Piso 6:** Cuenta con 3 extintores de los cuales se pudo hacer la verificación de 2 de ellos, evidenciando que estos están ubicados en sitios de fácil acceso, con la respectiva inspección periódica, con los mantenimientos y recargas. El extintor que no se pudo verificar se encuentra en el cuarto de máquinas ubicada en la oficina de control interno, un sitio restringido al que solo tiene acceso la inmobiliaria por tanto no se pudo hacer la inspección del mismo.

IMAGEN

Así las cosas, no fue posible realizar la verificación de 2 (dos) extintores teniendo en cuenta que:

- El que se encuentra en el tercer piso en el área del data center (donde se encuentran los servidores), el cual es de acceso restringido, a excepción del personal autorizado de sistemas.
- El otro extintor se encuentra en el sexto piso, en el cuarto de máquinas, área en la cual la inmobiliaria en la única que cuenta con acceso.

b. **Criterio afectado:** Lo anterior, no permite evidenciar el cumplimiento integral de lo establecido en el TH-I 06 Instructivo gestión de extintores, el cual establece en el numeral 4.1 "Ubicación: Los extintores deben ubicarse en sitios de fácil acceso, próximos a las salidas, de clara identificación, libres de cualquier obstáculo y en máximas condiciones de funcionamiento (…)

INFORME FI

OBSERVACIONES PRESENTADAS POR EL PROCESO.

OBSERVACIÓN No. 1 "Accesibilidad a extintores del IDT"

No.	Hallazgo	Descripción	Respuesta general
7	OBS	Dos (2) de los veinte (20) extintores que están a disposición del personal del IDT, para casos de emergencia, no se encuentran en lugares de fácil acceso, por tanto, no se pudo realizar la verificación e inspección de los mismos.	Se solicita revisar y retirar esta observación, toda vez que el equipo auditor pudo evidenciar que en caso de emergencia los extintores se encuentran ubicados con fácil acceso para las personas autorizadas a ingresar al data center y cuarto de máquinas. Ahora bien, las personas no autorizadas para ingresar a estas áreas, cuentan con fácil acceso a los extintores requeridos para la atención de emergencias en estos espacios, los cuales se encuentran contiguos tanto en el 3er como en el 6to piso, por lo cual las áreas no están desprotegidas.

Así las cosas, no fue posible realizar la verificación de 2 (dos) extintores teniendo en cuenta que:

El que se encuentra en el tercer piso en el área del data center (donde se encuentran los servidores), el cual es de acceso restringido, a excepción del personal autorizado de sistemas.

- El otro extintor se encuentra en el sexto piso, en el cuarto de máquinas, área en la cual la inmobiliaria en la única que cuenta con acceso.

Criterio afectado: Lo anterior, no permite evidenciar el cumplimiento integral de lo establecido en el TH-I 06 Instructivo gestión de extintores, el cual establece en el numeral 4.1 "Ubicación: Los extintores deben ubicarse en sitios de fácil acceso, próximos a las salidas, de clara identificación, libres de cualquier obstáculo y en máximas condiciones de funcionamiento (…)

Respuesta: No se acepta esta observación toda vez que la totalidad de los extintores se encuentran ubicados en las áreas y espacios requeridos, en relación con el extintor del datacenter y del cuarto de máquinas, los mismos son de fácil acceso para las personas que son autorizadas y usuarias de estas áreas.

Adicionalmente, cabe mencionar que en las zonas contiguas a estas áreas se encuentran extintores para el manejo de una situación de peligro, en caso que se presenten.

INFORME

CONCLUSIONES DEL EQUIPO AUDITOR

Una vez analizadas las observaciones presentadas por medio de correo electrónico el día 30 de junio, por el proceso de Gestión de Talento Humano-Seguridad y Salud en el Trabajo, donde indica, entre otros; " *Se solicita revisar y retirar esta observación, toda vez que el equipo auditor pudo evidenciar que en caso de emergencia los extintores se encuentran ubicados con fácil acceso para las personas autorizadas a ingresar al data center y cuarto de máquinas. Ahora bien, las personas no autorizadas para ingresar a estas áreas, cuentan con fácil acceso a los extintores requeridos para la atención de emergencias en estos espacios, los cuales se encuentran contiguos tanto en el 3er como en el 6to piso, por lo cual las áreas no están desprotegidas."* el equipo auditor REITERA la OBSERVACION, y los argumentos expuestos en el hallazgo presentado, toda vez que:

Estas áreas del IDT, son más propensas a desatar una situación de emergencia, por tanto se sugiere la reubicación de estos dos extintores a un lugar de fácil acceso, para que dada una eventualidad de emergencia, se pueda actuar de forma inmediata por los funcionarios que se encuentren en el lugar en ese instante.

CONCLUSIONES DE AUDITORIA

FORTALEZAS:

- El equipo de trabajo que participa en el proceso muestra un amplio conocimiento y compromiso con las funciones que desarrolla.
- La buena disposición para atender al grupo auditor.
- La buena organización de la documentación que se dispuso al grupo auditor.
- El personal del proceso es bastante receptivo a las observaciones que se presentan durante el ejercicio auditor y tienen conciencia que es con el fin de la mejora continua.

RECOMENDACIONES:

- Mantener actualizados todos los documentos que integran el SG-SST.
- Dar cumplimiento integral a lo dispuesto en el Decreto Nacional 1072 del 2015.
- Que la información publicada con respecto a indicadores, se encuentre actualizada y cumpla con el establecido en la hoja de vida de cada uno de ellos.
- Garantizar que el total de la información esté disponible cuando y donde se necesite.

INFORME FINAL

- Actualizar el plan de emergencias adoptado por la entidad, acorde a la nueva planeación estratégica.
- Cumplir integralmente con lo establecido en el plan de emergencias.
- Se recomienda que la capacitación o socialización de los temas concernientes a Seguridad y Salud en el Trabajo, se han más detallados, en vista que se tratan de manera muy general.
- Programar capacitaciones que incluya el plan de emergencias adoptado por la entidad.
- Elaborar el folleto de "*Manual de Procedimientos para Actuación en Emergencias",* el cual deberá ser socializado y entregado a los funcionarios de la entidad.
- Continuar con las inspecciones periódicas de los botiquines, garantizando que se cuente con los elementos necesarios y en debidos términos.
- Asegurar que la totalidad de los extintores con los que cuenta la entidad, se encuentre en lugares de fácil acceso.
- Capacitar al personal de servicios generales sobre el kit de sustancias peligrosas, con el fin de culminar la acción de mejora suscrita en el plan de mejoramiento.
- Realizar la revisión de la matriz de peligro, toda vez, que todos los procesos realizan actividades de gestión documental.

Auditor Líder	**Asesora Control Interno (E)**
DIANA MARCELA AMAYA SUÁREZ	**NIDIA FERNANDA RODRIGUEZ SALCEDO**

INFORME FINAL