

**MEMORANDO**

20241100113143

Al contestar, por favor cite el radicado:

No.: **20241100113143**

Página 1 de 1

Bogotá D.C., 31 de Diciembre de 2024

**Para:** **DOLLY ARIAS CASAS**  
Subdirectora Administrativa y Financiera

**De:** Oficina de control interno

**Asunto:** Comunicación Informe de Auditoría – Auditoría al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo

Cordial saludo,

La Oficina de Control Interno, en cumplimiento con el Plan Anual de Auditorías 2024, aprobado por el Comité de Coordinación de Control Interno de la UAESP, remite el informe correspondiente a la auditoría realizada a la Subdirección Administrativa y Financiera SAF. Esta auditoría se enfocó principalmente en verificar el cumplimiento en la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo – SGSST en la UAESP conforme a lo establecido por la Normatividad vigente, teniendo en cuenta las actividades de supervisión de la entidad.

En el informe no se detallan observaciones, pero sí recomendaciones de las cuales se sugiere al proceso establecer acciones de mejora e incluirlas en el plan de mejoramiento interno. En caso de decidir formular acciones en el PMI, se recuerda que el plazo para remitir el mismo son diez (10) días hábiles, una vez recibido el presente informe.

Finalmente, la Oficina de control Interno agradece la atención y colaboración brindada durante el desarrollo de este ejercicio de auditoría, quedando atentos a cualquier información o aclaración al respecto.

Cordialmente,



**OSCAR JAVIER HERNÁNDEZ SERRANO**

Jefe Oficina de Control Interno (e)

[oscar.hernandez@uaesp.gov.co](mailto:oscar.hernandez@uaesp.gov.co)

Anexos: Un (1) archivo digital que contiene el informe de auditoría y Un (1) archivo ZIP que contiene el registro fotográfico.

Elaboró: Vivian Lorena Neiva Parra – PU 219-12, OCI.  
Revisó y aprobó: Oscar Javier Hernández Serrano– Jefe(e) OCI.

## INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

### CONTENIDO

1. INFORMACIÓN GENERAL DE LA AUDITORIA .....	3
2. DESARROLLO DE LA AUDITORIA .....	4
2.1. Generalidades .....	4
2.2. Recorridos de Inspección / Verificación .....	7
2.2.1. Instalaciones Sede Principal.....	8
2.2.2 Centro Transitorio de Cuidado al Carretero – CTCC, Usaquén.....	9
2.2.3. Manzana del cuidado.....	9
2.3. Aplicación Lista de chequeo para la Verificación de los criterios de la Resolución 0312 de 2019.....	10
3. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS, O ASPECTOS POSITIVOS ENCONTRADOS ...	22
4. OBSERVACIONES.....	22
5. SOLICITUD DE CORRECCIÓN O ACCIONES CORRECTIVAS .....	23
6. CONCLUSIONES.....	23
7. RECOMENDACIONES.....	24
8. APROBACIÓN.....	25

## INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

### Lista de Tablas

Tabla 1- Información de la auditoría .....	3
Tabla 2 - Plan de emergencia y contingencia por sede .....	6
Tabla 3 - Calificación estándares etapa del Planear.....	12
Tabla 4 - Calificación estándares etapa del Hacer.....	16
Tabla 5 - Calificación estándares etapa del Verificar.....	19
Tabla 6 - Calificación estándares etapa del Actuar.....	21
Tabla 7 - Calificación estándares del Ciclo PHVA.....	24
Tabla 8 - Observaciones de la auditoría .....	27
Tabla 9 – Solicitud de Correcciones o Acciones Correctivas.....	27
Tabla 10 - Recomendaciones por proceso .....	28

### Lista de Gráficos

Gráfico 1- Resultados de Estándares en la etapa del Planear.....	15
Gráfico 2 - Resultado de Ítems de estándares en la etapa del Planear.....	15
Gráfico 3 – Resultados de Estándares en la etapa del Hacer .....	18
Gráfico 4 - Resultado de Ítems de estándares en la etapa del Hacer.....	18
Gráfico 5 - Resultados de Estándares en la etapa del Verificar.....	20
Gráfico 6 - Resultados de Estándares en la etapa del Verificar.....	21
Gráfico 7 - Resultados de Estándares en la etapa del Actuar.....	23
Gráfico 8 - Resultados de Estándares en la etapa del Actuar.....	23
Gráfico 9 - Resultado de Estándares del ciclo PHVA.....	25
Gráfico 10 - Resultado de Estándares del ciclo PHVA.....	25

## INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

### 1. INFORMACIÓN GENERAL DE LA AUDITORIA

**Tabla 1-** Información de la auditoría

<b>ENFOQUE DE LA AUDITORIA INTERNA</b>	GESTIÓN Y RESULTADOS SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
<b>INFORME</b>	Auditoría del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo
<b>PROCESO, PROCEDIMIENTO</b>	Subdirección Administrativa y Financiera – SAF, Gestión del Talento Humano, equipo de trabajo encargado de la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo – SGSST en la UAESP
<b>RESPONSABLE O AUDITADOS</b>	Equipo de trabajo encargado de la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo – SGSST en la UAESP
<b>OBJETIVO</b>	Verificar el cumplimiento en la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo – SGSST en la UAESP conforme a lo establecido por la Normatividad vigente, teniendo en cuenta las actividades de supervisión de la entidad.
<b>ALCANCE</b>	Se verificaron las actuaciones o actividades comprendidas entre el segundo semestre de 2023 al primer semestre de 2024, frente a la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo – SGSST de la entidad y sus actividades de supervisión en la sede principal, Manzana del cuidado y Centros Temporales de Acopio y Separación CTAS Usaquén; así como el seguimiento a la implementación de las recomendaciones formuladas en la auditoría interna de la vigencia 2023.
<b>PERIODO DE EJECUCIÓN</b>	Del 27 de noviembre al 31 de diciembre de 2024
<b>EQUIPO AUDITOR</b>	Vivian Lorena Neiva Parra (VLNP), Jimena Gutiérrez Saray (JGS), Anggie Sofía López Flórez (ASLF)
<b>DOCUMENTACIÓN ANALIZADA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Plan Anual de Trabajo en SST y evidencias de su ejecución.</li> <li>- Informes de seguimiento.</li> <li>- Plan de capacitación y sensibilización y sus evidencias.</li> <li>- Plan o evidencias de las asesorías a los supervisores de contrato (Subdirectores misionales).</li> </ul>

## INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consolidado de Diagnóstico de condiciones de salud a empleados (Planta, contratistas).</li> <li>- Plan de prevención y atención de emergencias.</li> <li>- Matriz de riesgos. (Matriz de identificación de peligros y valoración de los riesgos).</li> <li>- Monitoreo a los riesgos.</li> <li>- Matriz de requisitos legales vigente.</li> <li>- Reportes y Base estadística de peligros, incidentes y accidentes laborales.</li> <li>- Informes de investigaciones de incidentes y accidentes de trabajo.</li> <li>- Listas de chequeo aplicadas para Inspecciones de seguridad.</li> <li>- Evidencias de inspecciones a: Camillas de emergencia, botiquines, extintores y elementos de protección personal.</li> <li>- Evidencias de la entrega de elementos de protección personal.</li> <li>- Informes de inspección de elementos de protección personal.</li> <li>- Matriz de elementos de protección personal.</li> </ul>
--	---

## 2. DESARROLLO DE LA AUDITORIA

### 2.1. Generalidades

La auditoría de seguimiento al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo – SG SST de la UAESP, se realizó en el marco del Programa Anual de Auditorías de la entidad para la vigencia 2024, con el propósito de verificar el cumplimiento o avances de las actividades contempladas dentro de este sistema de gestión.

Conforme a lo establecido por el Decreto 1072 de 2015, en su artículo 2.2.4.6.29. **“Auditoría de cumplimiento del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo. SG-SS: El empleador debe realizar una auditoría anual, la cual será planificada con la participación del Comité Paritario o Vigía de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST)”**. La Oficina de Control Interno – OCI invitó al COPASST para que participara en el desarrollo de la auditoría, en calidad de observador para algunas de las actividades, siendo estas, la reunión de inicio, acompañamiento en las visitas de las sedes que conforman el SG-SST, seleccionadas dentro del alcance de la auditoría, reunión de cierre y socialización del informe de auditoría.

## INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

El equipo auditor realizó la solicitud de la documentación concerniente al Plan Anual de Trabajo, vigencias 2023 y 2024, así como las evidencias de las actividades realizadas por el equipo de SST, para el período del segundo semestre 2023 y primer semestre 2024. Se pudo evidenciar que la documentación se encuentra estandarizada y alineada a los formatos publicados en la página web de la entidad, dentro del Sistema integrado de gestión. Los formatos corresponden a:

- Plan Anual de Trabajo del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.
- Informe de Investigación de incidentes y accidentes de trabajo.
- Matriz de identificación de peligros y valoración de los riesgos.
- Matriz de Requisitos legales SG-SST
- Lista de chequeo de inspección de seguridad.
- Inspección de camillas de emergencia.
- Inspección de botiquines.
- Inspección de extintores.
- Base estadística accidentes e incidentes laborales.
- Matriz Elementos de protección personal actualizada.
- Inspección de Elementos de protección personal.
- Entrega de Elementos de protección personal.

Dentro de la información revisada, se pudo verificar la aplicación de estos formatos conforme con las actividades que el equipo de SST ha venido desarrollando, en cumplimiento del sistema y como evidencia de su gestión. Adicional a esto, estos parámetros se revisaron mediante la lista de chequeo para la verificación del cumplimiento de los criterios establecidos en la Resolución 0312 de 2019, artículo 27 “Tabla de valores”, resolución contenida en el Decreto 1072 de 2015.

## INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

Se evidenció que en la página web de la entidad, se encuentran publicados los Planes de Emergencias y Contingencias para 19 sedes de la UAESP, documentación que también fue suministrada por el equipo de SST. Se relaciona a continuación las sedes cuyos Planes de emergencia y contingencia han sido publicados en la página de la entidad.

**Tabla 2.** Plan de emergencia y contingencia por sede.

SEDE	FECHA DE ACTUALIZACIÓN
Sede Administrativa	Enero 2024
Archivo de Gestión	Enero 2024
Archivo Central	Enero 2024
La Alquería	Enero 2024
CTAS-Usaquén	Enero 2024
CTAS Tunjuelito	Enero 2024
CTAS Barrios Unidos	Enero 2024
CTAS Suba	Enero 2024
CTAS Mártires 1	Enero 2024
CTAS Mártires 2	Enero 2024
CTAS Engativá	Enero 2024
Bodegas María Paz	Enero 2024
Bodegas Barrios Unidos	Enero 2024
Predios Cementerio central	Enero 2024
Predios cementerio norte	Enero 2024
Punto limpio El Uval	Enero 2024
Centro multipropósito	Enero 2024
Predios Los Manzanos	Enero 2024
Manzana del cuidado	Enero 2024

Fuente: Elaborado por el Equipo auditor a partir de la información suministrada. 2024.

## INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

Se pudo verificar dentro de la información suministrada por el equipo de SST, que además del Plan de emergencia y contingencia, cada una de las sedes cuenta con la “Matriz de Análisis de Vulnerabilidad”, en la que se identifican los niveles de riesgo de acuerdo con cada amenaza.

Con respecto al Plan Institucional de Capacitación PIC, se verificó que las capacitaciones para la vigencia objeto de la auditoría 2023-2 y 2024-1, se llevaron a cabo conforme a la programación establecida por cronograma, el cual fue suministrado al equipo auditor para su revisión. De acuerdo con las evidencias y a las temáticas impartidas, se pudo constatar que estas se formularon con base en el diagnóstico de las necesidades y que atienden las necesidades del recurso humano de la entidad.

### 2.2. Recorridos de Inspección / Verificación

Para la realización de los recorridos, se definió de manera conjunta con el equipo de SST, los lugares a visitar, dentro de la muestra inicial para esta vigencia se había seleccionado como muestra los predios del Cementerio del Norte, sin embargo, la subdirección notifica a la oficina de control interno que: Actualmente la subdirección de Servicios Funerarios y Alumbrado Público tiene incertidumbre jurídica con el contrato 415 del 2021, que está a cargo de la operación de los cementerios propiedad del distrito puesto que, no se encuentra en firme la resolución 511 del 8 de octubre de 2024, ante la cual se interpuso recurso de reposición por el concesionario concomitantemente con una solicitud de recusación hacia el funcionario delegado para fallar dicha situación administrativa, de este modo se estableció esta condición como limitante para el desarrollo de la presente auditoria, por lo anterior se determinaron las siguientes sedes a visitar:

- Instalaciones Sede Principal.
- Centro Temporal de Acopio y Separación – CTAS Usaquén.
- Manzana del Cuidado.



## INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

Los recorridos se realizaron con el acompañamiento de representantes del COPASST, en calidad de observador.

A continuación, se relacionan los aspectos encontrados en cada una de las visitas.

### 2.2.1. Instalaciones Sede Principal

- a) De manera general, para las instalaciones de la sede principal se encontró que los extintores están actualizados, así como en cada piso se encuentran tanto la camilla como el botiquín.
- b) Se evidenció en general, para la mayoría de las oficinas riesgo eléctrico, ya que el cableado de los equipos no se encuentra dispuesto ni organizado en canaletas.
- c) En la Oficina de Comunicaciones (Quinto piso), se evidenció la necesidad de instalar cinta reflectora en el escalón que se encuentra dentro de la oficina, para controlar el riesgo de caída.
- d) Se evidenció riesgo de tipo estructural, dentro de la Oficina de la Subdirección de Aprovechamiento, en una de las paredes se instaló la cinta de seguridad puesto que se están presentando problemas de humedad, adicionalmente, cerca de esta pared habían dispuestas cajas de cartón desarmadas aumentando la necesidad de implementación de jornadas de orden y aseo.
- e) Dentro de la Oficina de la Subdirección de Servicios Funerarios se encontró una baldosa rota y un hueco en una de las paredes.
- f) Se evidenció que, en el cuarto de almacenamiento de suministros, se realizó la separación de los implementos de aseo de los insumos del café y las aromáticas, estando estos últimos ya en un cuarto aparte. No obstante, se observó que, al interior del cuarto de almacenamiento de los implementos de aseo, se encuentra ubicado el puesto de trabajo del coordinador de servicios generales, considerando para este trabajador de la empresa de aseo un riesgo biológico por una alta exposición a olores y vapores nocivos para su salud.

## INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

- g) Se evidencio en general, la necesidad de generar campañas de comportamientos seguros en el uso de los reposa pies y de las sillas ya que varios de estos elementos se observaron durante el recorrido mal dispuestos aumentando riesgos de caída y obstaculizando el paso peatonal.
- h) Para las oficinas recolección, barrido y limpieza, disposición final, servicios funerarios, asuntos legales y alumbrado público se evidenció riesgo mecánico por contar con escritorios y ventanas que presentan vidrios rotos.

### 2.2.2 Centro Transitorio de Cuidado al Carretero – CTCC, Usaqué.

- a) Se evidenció que, al momento de realizar la visita, sólo había dos personas al interior de las instalaciones, más la persona delegada de la UAESP, teniendo en cuenta que la visita se realizó en un horario en el que el centro no está abierto para la población.
- b) Se verificó que las instalaciones del Centro se encuentran en buenas condiciones, así como que, cuenta con los respectivos extintores, camilla y botiquín.
- c) Se evidenció que el Centro se encontraba organizado y aseado; además, cuenta con canecas o recipientes para la segregación del material que es desechado por la población carretera.
- d) Se verificó que los extintores se encontraban con fecha vigente, así como los elementos del botiquín.
- e) Las instalaciones cuentan con buena iluminación natural.

### 2.2.3. Manzana del cuidado.

- a) Se evidenció en general para el exterior del edificio una gran afectación en fachada por humedad.
- b) Se observó que el edificio cuenta con un diseño que permite un gran aprovechamiento de la luz natural.

## INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

- c) Se verifico el estado al día de los extintores y demás elementos de dotación como camillas y botiquines.
- d) Se observó durante el recorrido un número importante de elementos que se encuentran actualmente en inventario de UAESP, pero que son administrados en comodato por secretaria de integración social.
- e) En la sala de lectura se pudo evidenciar la importancia de anclar la estantería, pues ninguna se encuentra anclada ni a techo, piso o pared lo que representa un importante riesgo de caída de los elementos almacenados.
- f) Se encontraron algunos recipientes de productos de aseo en envases plásticos de alimentos, además, almacenamiento de pinturas en lugares sin señalización, lo que genera la necesidad de implementar acciones en el marco del buen uso de sustancias químicas de aseo y mantenimiento.
- g) Para el día del recorrido, se evidencio el ascensor encendido, sin embargo, la vigilancia manifestó que por ser días de lluvia es inseguro ya que presenta infiltraciones de agua generando un riesgo de atrapamiento durante su uso, se mencionó que se restringe el uso en días de lluvia.

El registro fotográfico de los recorridos se suministra como un anexo adjunto al presente informe.

### **2.3. Aplicación Lista de chequeo para la Verificación de los criterios de la Resolución 0312 de 2019.**

Una vez realizada la reunión y la solicitud de información, se estableció un punto de referencia a partir de la información brindada por el equipo SST, realizando el cruce de la misma con la normatividad vigente (Resolución 0312 de 2019); como producto de esta comparación, resultó una lista organizada de chequeo de estándares mínimos que aplican a este sistema, para así evaluar cada uno de estos lineamientos dentro del alcance de esta auditoría y su porcentaje de cumplimiento.

## INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

Conforme a esta tabla o lista de chequeo, los ítems o estándares mínimos se encuentran agrupados de acuerdo con las etapas del Ciclo PHVA; a lo cual, a cada etapa se le asigna un peso porcentual, siendo el siguiente: Planear 25%, Hacer 60%, Verificar 5%, Actuar 10%, para un total del 100%. A continuación, se presentan los resultados de la calificación obtenida sobre los estándares mínimos para el SG-SST de la UAESP:

### ❖ Etapa del Planear (25%)

**Tabla 3.** Calificación estándares etapa del Planear

ESTANDAR	RESULTADO	PORCENTAJE OBTENIDO	ÍTEM ESTANDAR	RESULTADO	PORCENTAJE OBTENIDO
1. RECURSOS 10%	10	100	Recursos financieros, técnicos, humanos y de otra índole requeridos para coordinar y desarrollar el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST). (4%)	4	100
			Capacitación en el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo. (6%)	6	100
2. GESTIÓN INTEGRAL DEL SISTEMA GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y	15	100,0	Política de Seguridad y Salud en el Trabajo (1%)	1	100

## INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

ESTANDAR	RESULTADO	PORCENTAJE OBTENIDO	ÍTEM ESTANDAR	RESULTADO	PORCENTAJE OBTENIDO
SALUD EN EL TRABAJO 15%			Objetivos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST (1%)	1	100
			Evaluación inicial del SG – SST (1%)	1	100
			Plan Anual de Trabajo (2%)	2	100
			Conservación de la documentación (2%)	2	100
			Rendición de cuentas (1%)	1	100
			Normatividad nacional vigente y aplicable en materia de seguridad y salud en el trabajo. (2%)	2	100
			Comunicación (1%)	1	100
			Adquisiciones (1%)	1	100
			Contratación (2%)	2	100
			Gestión del cambio (1%)	1	100

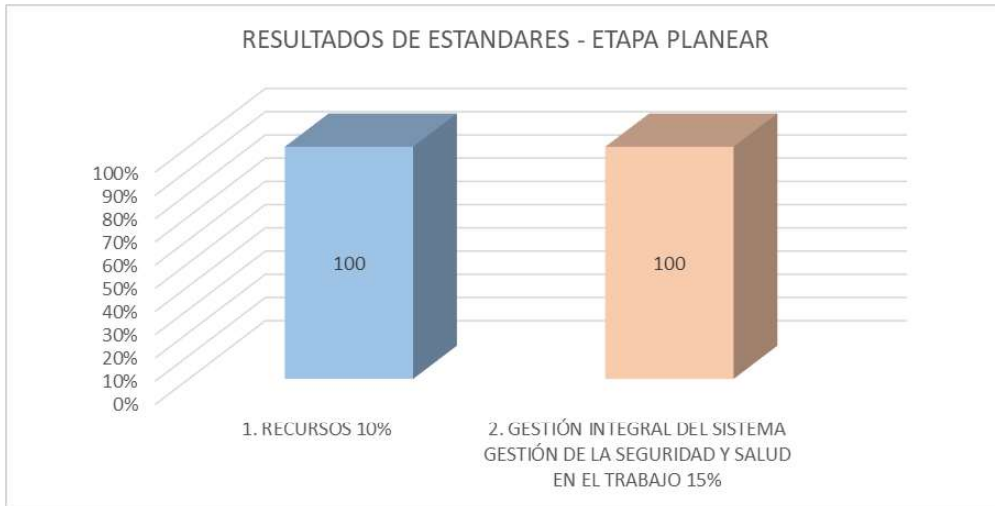
**Fuente:** Elaborado por el equipo auditor a partir de la información suministrada. 2024.

La información presentada en la Tabla 3 corresponde a dos categorías particularmente, que hacen referencia a los recursos y a la gestión integral del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo, conforme a la verificación realizada con la lista de chequeo. Para esta etapa, las dos categorías obtuvieron un 100% en su ejecución dentro del período analizado en el marco de la auditoría.

## INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

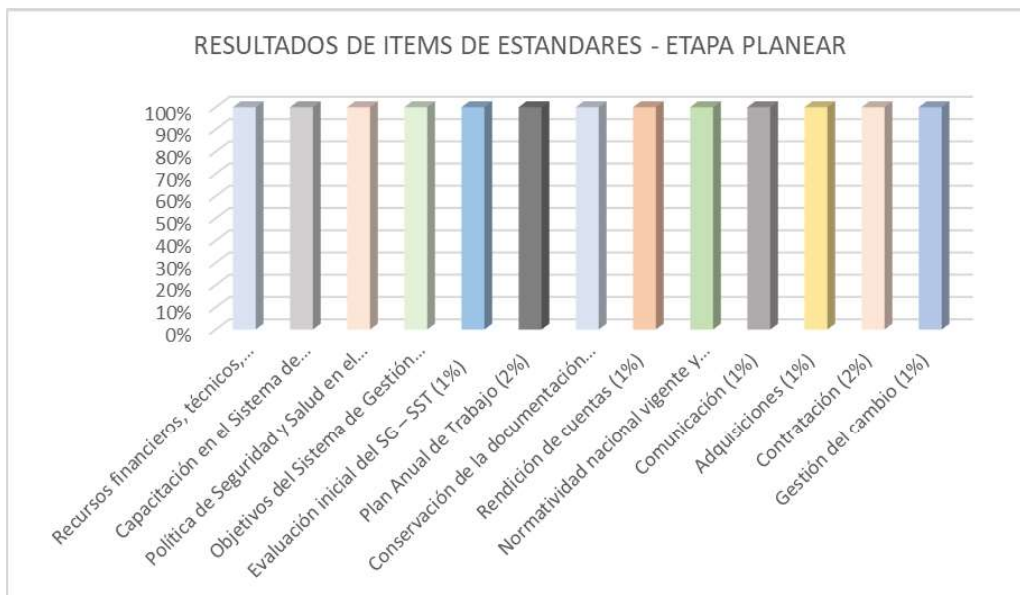
Esta información se esquematiza en los siguientes gráficos:

**Gráfico 1.** Resultados de Estándares en la etapa del Planear.



Fuente: Elaborado por el equipo auditor. 2024

**Gráfico 2.** Resultado de Ítems de estándares en la etapa del Planear.



Fuente: Elaborado por el equipo auditor. 2024

## INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

En lo concerniente al ítem “Conservación de la documentación”, se asignó un porcentaje del 100%, toda vez que el proceso conserva el almacenamiento de los archivos soporte de su ejecución de manera digital en una carpeta ubicada en el Drive, mientras en la entidad se define el lineamiento respectivo a las tablas de retención documental TRD y a la necesidad de conservar la documentación en medio físico, situación que atañe generalmente a todas las dependencias de la UAESP.

### ❖ Etapa del Hacer (60%)

**Tabla 4.** Calificación estándares etapa del Hacer

ESTANDAR	RESULTADO	PORCENTAJE OBTENIDO	ÍTEM ESTANDAR	RESULTADO	PORCENTAJE OBTENIDO
3. GESTIÓN DE LA SALUD	20	100	Condiciones de salud en el trabajo (9%)	9	100
			Registro, reporte e investigación de las enfermedades laborales, los incidentes y accidentes del trabajo (5%)	5	100
			Mecanismos de vigilancia de las condiciones de salud de los trabajadores (6%)	6	100
4. GESTIÓN DE PELIGROS Y RIESGOS (30%)	29	96,7	Identificación de peligros, evaluación y valoración de los riesgos (15%)	15	100

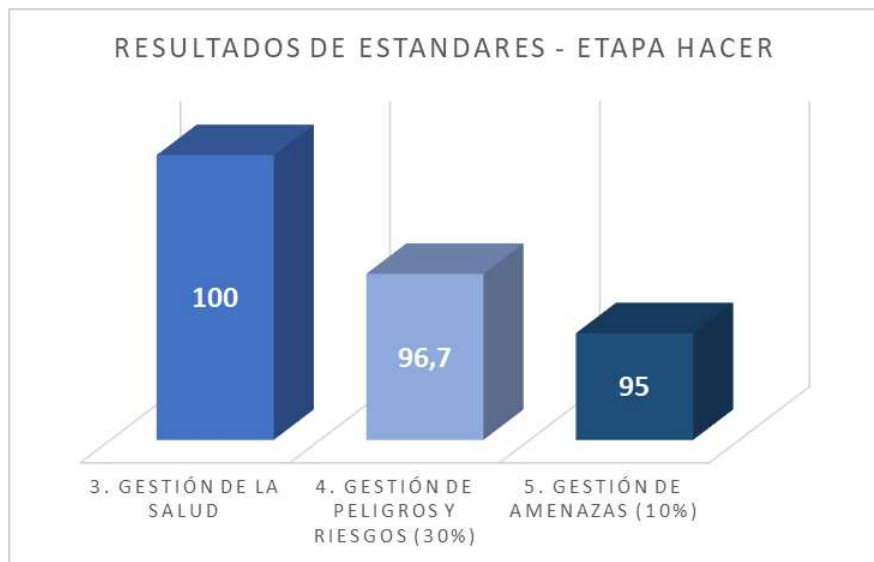
## INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

ESTANDAR	RESULTADO	PORCENTAJE OBTENIDO	ÍTEM ESTANDAR	RESULTADO	PORCENTAJE OBTENIDO
			Medidas de prevención y control para intervenir los peligros /riesgos (15%)	14	93,33
5. GESTIÓN DE AMENAZAS (10%)	10	100	Plan de prevención, preparación y respuesta ante emergencias (10%)	10	100

**Fuente:** Elaborado por el equipo auditor a partir de la información suministrada. 2024.

De acuerdo con la información presentada en la tabla anterior, para esta etapa se identifican tres (3) categorías que son: Gestión de la salud, Gestión de peligros y riesgos y Gestión de amenazas, cada una con un porcentaje asignado conforme a lo establecido por la Resolución 0312 (ver anexo: Lista de chequeo).

**Gráfico 3.** Resultados de Estándares, etapa del Hacer

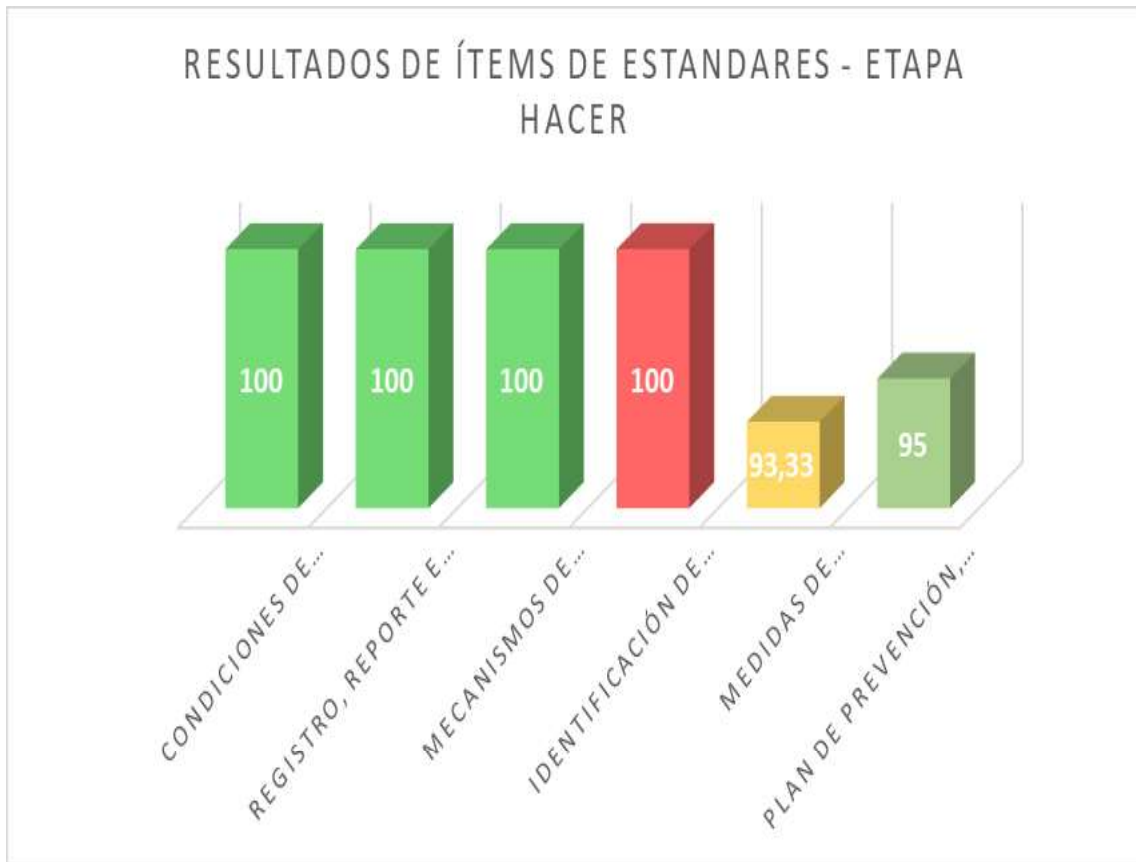


**Fuente:** Elaborado por el equipo auditor. 2024



## INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

**Gráfico 4.** Resultados de Ítems de estándares, etapa del Hacer



**Fuente:** Elaborado por el equipo auditor. 2024

En cuanto a la categoría “Gestión de riesgos”, esta no obtuvo un 100%, toda vez que se encuentra pendiente la implementación de medidas para la prevención y control de intervención de los riesgos que, según lo argumentado por el equipo de SST, se encuentra supeditado a la gestión de mantenimiento general para la entidad, con la particularidad que para la vigencia 2025 se tiene proyectado un cambio de ubicación de la sede principal.

## INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

### ❖ Etapa del Verificar (5%)

**Tabla 5.** Calificación estándares etapa del Verificar

ESTANDAR	RESULTADO	PORCENTAJE OBTENIDO	ÍTEM ESTANDAR	RESULTADO	PORCENTAJE OBTENIDO
6. VERIFICACIÓN DEL SG-SST (5%)	5	100	Definición de indicadores del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo	1,25	100
			Auditoría anual	1,25	100
			Revisión por la alta dirección. Alcance de la auditoría del Sistema de Gestión	1,25	100
			Planificación de la auditoría con el COPASST	1,25	100

**Fuente:** Elaborado por el equipo auditor a partir de la información suministrada. 2024.

Como se puede apreciar en la tabla anterior, la etapa de verificación se compone de las subcategorías: Definición de indicadores del SG-SST, Auditoría anual, Revisión por la alta Dirección y Planificación de la Auditoría con el COPASST.

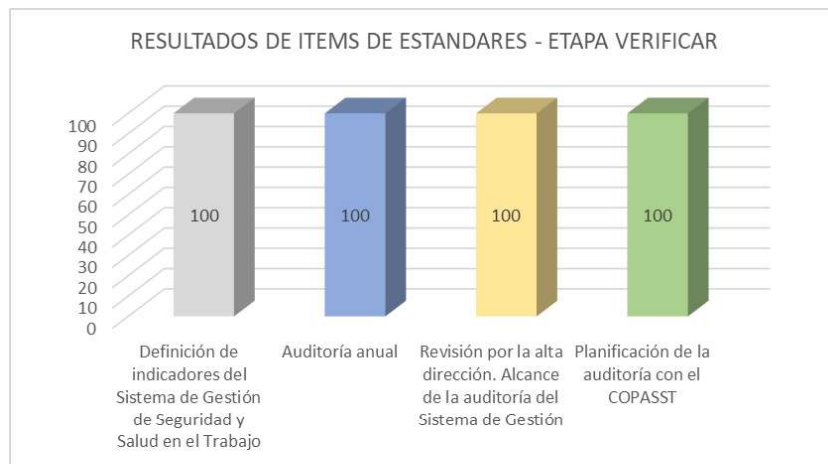
## INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

**Gráfico 5.** Resultados de Estándares, etapa Verificar



Fuente: Elaborado por el equipo auditor. 2024

**Gráfico 6.** Resultados de Ítems de estándares, etapa Verificar



Fuente: Elaborado por el equipo auditor. 2024

Para esta oportunidad, la etapa de verificación obtuvo un 100%, ya que, para la planificación y desarrollo de la presente auditoría, se contó con la participación de los integrantes del COPASST designados por su presidente.

## INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

### ❖ Etapa del Actuar (10%)

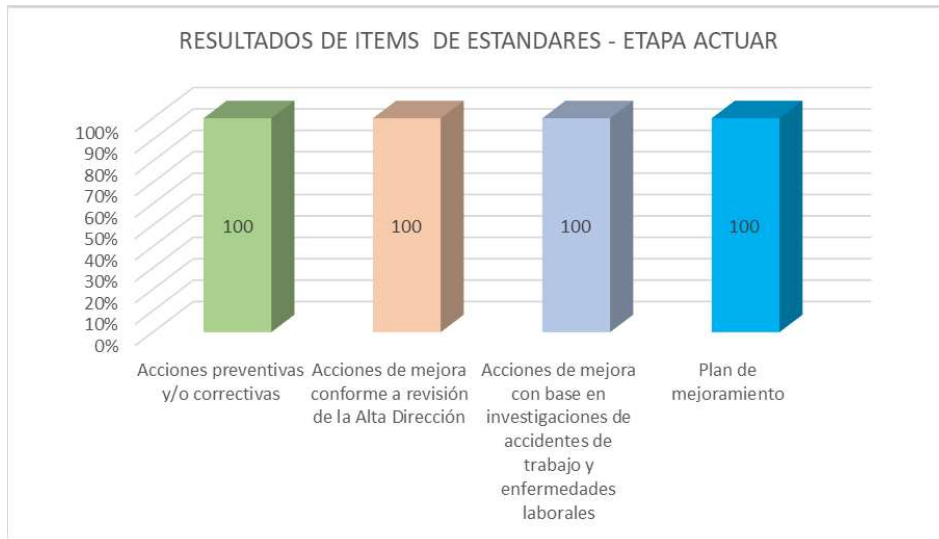
**Tabla 6.** Calificación estándares etapa del Actuar

ESTANDAR	RESULTADO	PORCENTAJE OBTENIDO	ÍTEM ESTANDAR	RESULTADO	PORCENTAJE OBTENIDO
7. MEJORAMIENTO (10%)	10	100	Acciones preventivas y/o correctivas	2	100
			Acciones de mejora conforme a revisión de la Alta Dirección	2	100
			Acciones de mejora con base en investigaciones de accidentes de trabajo y enfermedades laborales	2	100
			Plan de mejoramiento	N.A	100

**Fuente:** Elaborado por el equipo auditor a partir de la información suministrada. 2024.

## INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

**Gráfico 7. Resultados de Ítems de Estándares, etapa del Actuar**



**Fuente:** Elaborado por el equipo auditor. 2024

Una vez descritas una a una las etapas, se puede identificar de forma global la situación del estado actual del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el trabajo en la UAESP.

**Tabla 7. Calificación Estándares del Ciclo PHVA**

PORCENTAJE DE CALIFICACIÓN POR CICLO		
CICLO	PUNTAJE OBTENIDO (CALIFICACIÓN)	RESULTADO (PORCENTAJE)
PLANEAR (25%)	100	25
HACER (60%)	97,5	58,5
VERIFICAR (5%)	100	5
ACTUAR (10%)	100	10
<b>RESULTADO TOTAL (100%)</b>	<b>397,5</b>	<b>98,5</b>

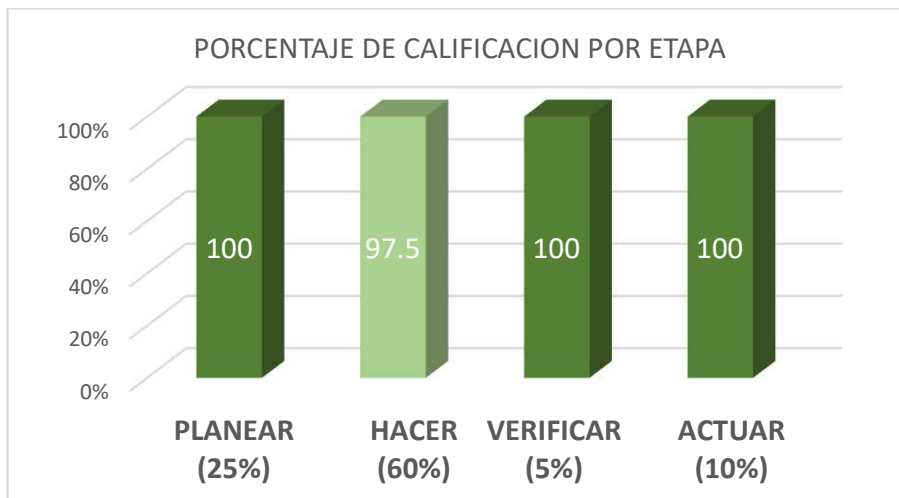
**Fuente:** Elaborado por el equipo auditor a partir de la información suministrada. 2024.

## INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

A partir de la evaluación, se identificó que de un 98.5% de ejecución en el año 2023, se mantuvo una implementación constante en 98.5% para el año 2024, demostrando esta situación un trabajo continuo y constante.

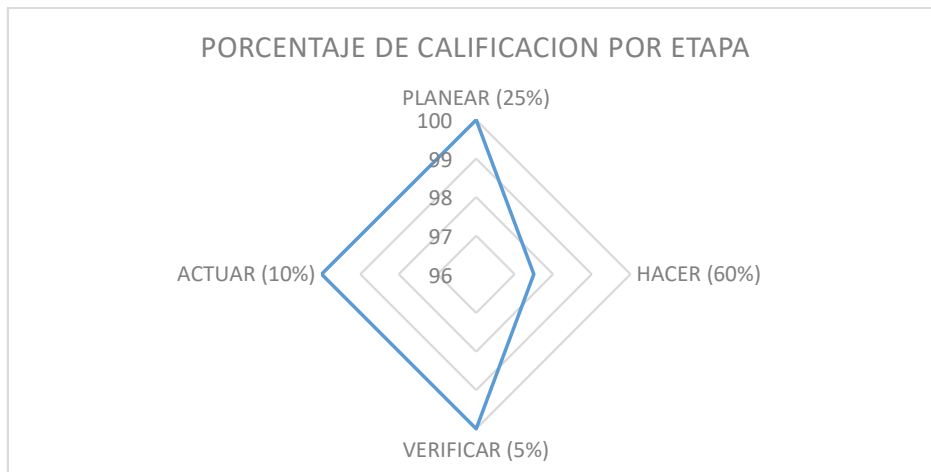
A continuación, se presentan de manera conjunta y grafica los resultados para cada etapa de los ciclos y su respectivo desempeño.

**Gráfico 9.** Resultado de Estándares del ciclo PHVA.



Fuente: Elaborado por el equipo auditor. 2024

**Gráfico 10.** Resultado de Estándares del ciclo PHVA.



Fuente: Elaborado por el equipo auditor. 2024

## INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

### 3. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS, O ASPECTOS POSITIVOS ENCONTRADOS

#### Aspectos Positivos

- Se resalta el cumplimiento por parte de la UAESP, de los criterios o estándares establecidos por la Resolución 0312 de 2019, lo cual se ve reflejado en el mantenimiento del porcentaje de la calificación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST, que para el período evaluado por la auditoría arrojó un resultado del 98.5%.
- Se destaca el compromiso por parte del equipo de SST, en cuanto a toda la gestión realizada concerniente a las verificaciones en campo, capacitaciones, toma de medidas tanto preventivas como correctivas y demás actividades inherentes al SG-SST.
- La participación de los integrantes del COPASST, en cabeza de su presidente, en el desarrollo de algunas de las actividades enmarcadas en la Auditoría, como fue la planificación, el acompañamiento a las visitas o recorridos de inspección y las reuniones de apertura y cierre de la auditoría, fue oportuno, tanto para fortalecer la interacción entre el equipo SST y el COPASST, como para que este último se encuentre al tanto de los avances del SG-SST de la entidad.

### 4. OBSERVACIONES

Diligenciar solo si corresponde a una auditoría de aseguramiento o de ley, de lo contrario N/A.

**Tabla 2 - Observaciones de la auditoría**

No.	PROCESO	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN
N/A	N/A	N/A

## INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

### 5. SOLICITUD DE CORRECCIÓN O ACCIONES CORRECTIVAS

Diligenciar solo si corresponde a una auditoría de sistemas de gestión, de lo contrario N/A.

**Tabla 3 – Solicitud de Correcciones o Acciones Correctivas**

No.	PROCESO	DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	REQUISITO QUE INCUMPLE
N/A	N/A	N/A	N/A

### 6. CONCLUSIONES

- El Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo – SGSST de la UAESP, conforme a la verificación realizada por parte de la Oficina de Control Interno, obtuvo como resultado un 98.5% de cumplimiento en su implementación, conforme a lo establecido por la Normatividad vigente.
- El equipo SST establece como su hoja de ruta, el Plan anual de Trabajo, herramienta en la que se especifican las diferentes actividades a realizarse durante el año, el cual es presentado en Comité para aprobación por parte de la alta Dirección.
- Al finalizar cada vigencia o período de ejecución, el equipo SST realiza la rendición de cuentas del SG-SST a la Alta Dirección.
- Los aspectos concernientes a arreglos estructurales y locativos que se evidenciaron en el desarrollo de la auditoría se encuentran como obligaciones a realizar dentro del contrato de mantenimiento que la entidad debe gestionar.



## INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

### 7. RECOMENDACIONES


**Tabla 40** - Recomendaciones por proceso

No.	PROCESO	RECOMENDACIÓN
1	Subdirección Administrativa y Financiera	Gestionar mediante el contrato de mantenimiento la realización de los arreglos locativos que se dejaron de manifiesto en este informe.
2	Subdirección Administrativa y Financiera	Evaluar legalmente los documentos que soportan los mantenimientos de los equipos y elementos de la manzana del cuidado, dados en comodato a la secretaría de integración social.
3	Equipo SST	Campañas de buenos comportamientos en el uso de sillas de escritorio y reposa pies dentro de las instalaciones de la sede principal
4	Subdirección Administrativa y Financiera, Apoyo logístico Oficina de las Tecnologías y las Comunicaciones	Implementar acciones de mejora en la organización del cableado en la sede principal, ya que genera un riesgo eléctrico en el desarrollo de las actividades diarias

## INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

### 8. APROBACIÓN

  
Óscar Javier Hernández Serrano  
Jefe de Oficina de Control Interno (e)

  
Vivian Lorena Neiva Parra

  
Jimena Gutiérrez Saray

  
Angie Sofia Lopez Florez

**Auditor(es) Interno(s) que ejecutaron el trabajo**

FECHA 31-12-24