

MEMORANDO



Al contestar, por favor cite el radicado:

No.: **20261100116233**

Página 1 de 4

Bogotá D.C., 30 de Septiembre de 2026

PARA: **ARMANDO OJEDA ACOSTA**
Dirección General

DOLLY ARIAS CASAS
Subdirección Administrativa y Financiera

JUAN CAMILO LOAIZA ORTÍZ
Subdirección de Asuntos Legales

ANDREA CAROLINA MARÚ RUÍZ
Subdirección de Recogido Barrido y Limpieza

DIEGO ALEJANDRO OSSA URREA
Subdirección de Servicios Funerarios y Alumbrado Público

MARÍA CAMILA PEDROZA CUBIDES
Subdirección Aprovechamiento

HELGA JOHANNA CAMACHO CORZO
Subdirección Disposición Final

JESÚS EDUARDO GIL YAYA
Jefe de Oficina Asesora de Planeación

CRISTIAN RICARDO CAMARGO ORTÍZ
Jefe Oficina de Control Disciplinario Interno.

JORGE ALEXIS RODRÍGUEZ
Jefe Oficina de tecnologías de la Información y las Comunicaciones

GERMÁN DUQUE ARIAS
Jefe Oficina de Comunicaciones

DE: **OMAR URREA ROMERO**
Jefe Oficina de Control Interno

MEMORANDO

Al contestar, por favor cite el radicado:

No.: **20261100116233**

Página 2 de 4

Bogotá D.C., 30 de Septiembre de 2026

ASUNTO: Comunicación Informe Final de Auditoría al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) de la Unidad: Verificar el cumplimiento de los requisitos normativos del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo de la UAESP y generar recomendaciones que permitan fortalecer la ejecución de las actividades programadas en el Plan de Trabajo.

Respetados miembros del Comité,

La Oficina de Control Interno remite para conocimiento de los miembros del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno - CICCÍ el Informe Final de Auditoría del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo de la UAESP correspondiente a la vigencia 2026.

Los resultados de la evaluación realizada incluyen:

TIPO DE RESULTADO	CANTIDAD
Fortalezas	1
Cumplimientos (47 criterios)	1
Incumplimientos (3 criterios)	1
Oportunidades de Mejora (10 criterios)	1
No Conformidades	N/A
TOTAL:	4

Como resultado del ejercicio auditor, se evidenció que la UAESP cuenta con una base documental y normativa muy consolidada para la implementación y desarrollo del SG-SST. Igualmente, se destacó como fortaleza el compromiso del equipo responsable, así como su articulación con actores estratégicos como la ARL Positiva y la IPS Compensar.

Se destaca que, de un total de 60 numerales de la norma del sistema, la Unidad cumple plenamente con 47, ubicándose en un nivel alto de desarrollo. De igual manera, en la auditoría interna realizada al Plan Estratégico de Seguridad Vial – PESV, la entidad obtuvo un resultado del 96% de cumplimiento sobre 100. Así las cosas, se reconocen en el informe anexo los logros alcanzados en estas materias.

MEMORANDO



Al contestar, por favor cite el radicado:

No.: **20261100116233**

Página 3 de 4

Bogotá D.C., 30 de Septiembre de 2026

De otro lado, como resultado de la evaluación de los sesenta (60) estándares mínimos establecidos en la Resolución 0312 de 2019 del Ministerio del Trabajo, se determinaron incumplimientos en tres (3) criterios, relacionados con:

- Criterio 31 – Manejo de residuos: debilidades identificadas durante la verificación efectuada en el Archivo Central, particularmente frente a las condiciones para la disposición y almacenamiento de residuos.
- Criterio 50 – Entrega de Elementos de Protección Personal y capacitación en su uso: si bien se evidenció la entrega de EPP, no se acreditó de manera suficiente la ejecución de capacitaciones asociadas a su uso para los colaboradores de la Unidad que los reciben.
- Criterio 51 – Plan de prevención, preparación y respuesta ante emergencias: se evidenciaron aspectos que requieren actualización documental y fortalecimiento de los recursos para atención de emergencias, tanto en la sede administrativa como en el Archivo Central.

Adicionalmente, se identificaron oportunidades de mejora orientadas principalmente a fortalecer la trazabilidad documental, la socialización de los riesgos, las inspecciones y señalización de las instalaciones, la revisión por la Alta Dirección, el seguimiento y cierre de acciones correctivas y preventivas, la estructuración de indicadores y la consolidación de los planes de mejoramiento del SG-SST. El informe concluye, en este sentido, que resulta necesario fortalecer el cierre del ciclo de mejora continua, particularmente en lo relacionado con actuar frente a los resultados obtenidos, comunicar las decisiones adoptadas y efectuar seguimiento a las acciones implementadas.

En consecuencia, se solicita a la Subdirección Administrativa y Financiera – Gestión de Talento Humano / Seguridad y Salud en el Trabajo, como unidad auditada, formular e informar a la Oficina de Control Interno las acciones correctivas y de mejora que correspondan, dentro de los **doce (12) días hábiles siguientes** a la comunicación del informe final, de conformidad con lo establecido en el procedimiento ECM-PC-03 – Planes de Mejoramiento. Las acciones deberán orientarse a intervenir las causas de los incumplimientos identificados y fortalecer los aspectos señalados como oportunidades de mejora.

Para este propósito, se recomienda solicitar el acompañamiento metodológico de la Oficina Asesora de Planeación – OAP en la formulación del Plan de Mejoramiento Interno, con el fin de fortalecer la coherencia entre las causas identificadas, las acciones propuestas, los indicadores y las metas establecidas, sin perjuicio de la responsabilidad de la primera línea de defensa respecto de su formulación, ejecución, reporte y cierre.

MEMORANDO



Al contestar, por favor cite el radicado:

No.: **20261100116233**

Página 4 de 4

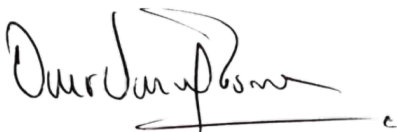
Bogotá D.C., 30 de Septiembre de 2026

La Oficina de Control Interno realizará el seguimiento correspondiente a las acciones formuladas, de acuerdo con la periodicidad definida en el Plan Anual de Auditoría y con lo previsto en el procedimiento de Planes de Mejoramiento.

El Informe Final de Auditoría se adjunta al presente memorando para conocimiento y fines pertinentes de los miembros del Comité.

Cualquier inquietud, con gusto estamos atentos.

Atentamente,



OMAR URREA ROMERO

Jefe de la oficina de Control Interno

omar.urrea@uaesp.gov.co

Anexos: Informe final de Auditoría Interna SST

Elaboró: Diana del Pilar Romero Varila

Revisó: Omar Urrea Romero

Aprobó: Omar Urrea Romero

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

TIPO DE INFORME	Preliminar:		Final:	X
-----------------	-------------	--	--------	---

Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos - UAESP

Oficina de Control Interno

Informe Final auditoría a la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST).

Vigencia 2026

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

CONTENIDO

1. INFORMACIÓN GENERAL DE LA AUDITORÍA	4
2. DESARROLLO DE LA AUDITORÍA.....	5
2.1. Planificación	5
2.2. Ejecución	5
2.2.1 Recorridos de Inspección / Verificación	6
2.3 Informe de Auditoría	8
2.4 Seguimiento del progreso	8
3. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA	9
3.1. FORTALEZAS.....	9
3.1.1. <i>Fortaleza N°1. Se destaca el alto compromiso del equipo de profesionales responsable de la gestión del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y la efectiva articulación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo con partes interesadas estratégicas, especialmente con la ARL Positiva y la IPS Compensar.</i>	9
3.2. CUMPLIMIENTOS	9
3.3. INCUMPLIMIENTOS	13
3.3.1. <i>Incumplimiento N°1. Se evidenció debilidades en la ejecución y documentación de los criterios #31 #34 - #50 - #51 y #53 de la Resolución 312 de 2019 "Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST" por parte de la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos.</i>	13
3.4. OPORTUNIDADES DE MEJORA	22
3.4.1. <i>Oportunidad de Mejora N°1. Robustecer la documentación, ejecución de lo proyectado y archivo de las actividades de los criterios #32 - #42 - #48 - #49 - #57 - #55 – #58 - #59 y #60 de la Resolución 312 de 2019 "Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST" por parte de la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos en los expedientes del área responsable.</i>	22
Como conclusión del ejercicio de revisión del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST) del periodo evaluado se requiere que el área efectúe:	27
3.5. ANÁLISIS RESPUESTA INFORME PRELIMINAR	28
3.6. SOLICITUD DE CORRECCIONES	31
3.7. NO CONFORMIDADES	31

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

4.	CONCLUSIONES	31
5.	RECOMENDACIONES	32
6.	PLAN DE MEJORAMIENTO	32

LISTA DE TABLAS

Tabla 1-	Información de la auditoría	4
Tabla 2.	Resultados de la auditoría.....	9
Tabla 3	Aspectos con cumplimiento normativo	10
Tabla 4	Criterios con incumplimiento normativo.....	13
Tabla 5	Criterios con oportunidades de mejora.....	22

LISTA DE IMAGENES

Imagen 1	Plan de Emergencias Sede Administrativa	18
Imagen 2	Plan de Emergencias Archivo Central.....	18
Imagen 3	Extintores con alerta "Recarga"	19
Imagen 4	Extintor sin seguro.....	19
Imagen 5	Prueba Botiquín	20
Imagen 6	Papel Trabajo Botiquines.....	20
Imagen 7	Disposición residuos Archivo Central	21
Imagen 8	Escaleras Archivo Central	24
Imagen 9	Identificación de extintor.....	24

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

1. INFORMACIÓN GENERAL DE LA AUDITORÍA

Tabla 1- Información de la auditoría

TIPO DE AUDITORÍA	Legal - Gestión de Resultados.
INFORME	Evaluación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST)
UNIDAD AUDITADA	Subdirección administrativa y financiera SAF Gestión de Talento humano / Seguridad y Salud en el Trabajo
RESPONSABLE	Gestión de Talento humano / Seguridad y Salud en el Trabajo
OBJETIVO	Verificar el cumplimiento de los requisitos normativos del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo de la UAESP y generar recomendaciones que permitan fortalecer la ejecución de las actividades programadas en el Plan de Trabajo.
ALCANCE	La evaluación abarca los requisitos mínimos normativos en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo, para el periodo comprendido entre el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2025, así como pruebas de controles identificados en tiempo real.
PERIODO DE EJECUCIÓN	Del 1 de junio de 2026 al 31 de julio de 2026.
EQUIPO AUDITOR	Vivian Lorena Neiva Parra (VLNP) Jizeth Hael González Ramírez (JHGR)
CRITERIOS DE AUDITORÍA	• Constitución Política de Colombia. • 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” • Decreto 1072 de 2015 " Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo "por la cual se reglamenta la investigación de incidentes y accidentes de trabajo • Decreto 723 de 2013 "Por el cual se reglamenta la afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales de las personas vinculadas a través de un contrato formal de prestación de servicios con entidades o instituciones públicas o privadas y de los trabajadores independientes que laboren en actividades de alto riesgo y se dictan otras disposiciones" • Resolución 1401 de 2007 del Ministerio de Protección social "por la cual se reglamenta la investigación de incidentes y accidentes de trabajo"

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

	• Resolución 0652 de 2012 del Ministerio de Trabajo "Por la cual se establece la conformación y funcionamiento del comité de convivencia laboral en entidades públicas y empresas privadas y se dictan otras disposiciones" • Resolución 1409 de 2012 de Ministerio del trabajo "por la cual se establece el Reglamento de Seguridad para protección contra caídas en trabajo en alturas" • Resolución 312 de 2019 del Ministerio del Trabajo "Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST" • Resolución 40595 de 2022 del Ministerio de Transporte “Por la cual se adopta la metodología para el diseño, implementación y verificación de los Planes Estratégicos de Seguridad Vial y se dictan otras disposiciones” • Manual Operativo MIPG, versión 6 de febrero de 2026. • Caracterización, procedimientos, manuales, políticas, guías y demás documentos del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo de la UAESP relacionado con el objetivo de la auditoría. • Las demás normas pertinentes relacionadas con el objetivo de la auditoría.
--	---

2. DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

De conformidad con la Guía de Auditoría Interna basada en riesgos para entidades públicas expedida por el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP (versión 4, 2020), se emplearon los procesos de planificación, ejecución, informe de auditoría y seguimiento del progreso de la auditoría interna basada en riesgos, de la siguiente manera:

2.1. Planificación

- Conocimiento de la unidad auditada y elaboración del Plan de Auditoría Individual.
- Definición del objetivo, alcance y tiempos de ejecución (cronograma).
- Preparación de papeles de trabajo de la revisión documental y procedimental respecto al proceso.
- Reunión del equipo auditor con el propósito de elaborar el plan de auditoría, el cual posteriormente fue aprobado por la jefatura de la OCI.

2.2. Ejecución

- Se comunicó el plan de auditoría a los procesos mediante radicado Orfeo No. 20261100074153 del 18 de junio de 2026.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

- El 30 de junio de 2026 se envió memorando con solicitud de información a la subdirección administrativa y financiera mediante radicado Orfeo No. 20261100075903.
- Recorridos: El 07 de julio de 2026 se realizó el recorrido por la sede de archivo central, el 14 de julio de 2026 se realizó el recorrido por la sede administrativa, finalmente, el 16 de Julio de 2026 se desarrolló de manera presencial la visita técnica en las instalaciones de la sede principal con el apoyo de una profesional certificada dispuesta bajo el contrato 398 Compensar.
- Se realizó el análisis de los soportes documentales proporcionados, evaluando las evidencias presentadas. Este análisis se centró en verificar el cumplimiento de la normatividad vigente al cierre de la vigencia 2025.

2.2.1 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 se incluye la sede de archivo central y la sede administrativa. 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.

Sede Archivo Central

- a) De manera general, para las instalaciones del archivo central se encontró que los extintores están con recargas actualizadas a septiembre de 2026, así como dotaciones de botiquines y camillas, las observaciones se encuentran consignadas en el papel de trabajo junto al registro fotográfico de la visita.
- b) Se identifican actividades de mantenimiento pendientes por ejecutar:
 - Se reportan reflectores externos sin funcionamiento, lo que incrementa la amenaza de tipo social por inseguridad.
 - Se evidencia señales de infiltración de agua y humedad en las bodegas de almacenamiento del archivo.
 - Se evidencia un ducto de ventilación en desuso
 - El césped al interior de la sede sobrepasa los 10 cm de altura
 - Al interior de la sede, se evidencian individuos arbóreos con alturas que empiezan a interferir con las construcciones aledañas.
- c) Almacenamiento de residuos: No se observa un lugar de almacenamiento temporal de residuos que permita un correcto almacenamiento de los residuos sólidos aprovechables y no aprovechables, no se encuentra señalizado y cubierto completamente. Se evidencia otro cuarto de almacenamiento sin señalización, descrito como material archivístico con algún tipo de material biológico por lo

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

que debe estar aislado, sin embargo, al interior se observó almacenamiento de luminarias en desuso.

- d) No se evidenció la presencia de insectos o roedores en la sede, adicionalmente, fue posible evidenciar las trampas de desratización.
- e) Los espacios de trabajo son adecuados los equipos de oficina y computo se encuentran en buen estado y ubicados en posiciones ergonómicas adecuadas, sin embargo, se evidencia falta de espacio para el almacenamiento de cajas de archivo, ya que esta sobreocupación ha llevado al uso sobredimensionado de la estantería.

Sede administrativa

- a) De manera general, para las instalaciones de la sede principal se encontró que los extintores están con recargas actualizadas, así como dotaciones de botiquines y camillas, las observaciones se encuentran consignadas en el papel de trabajo junto al registro fotográfico de la visita.
- b) Las actividades de mantenimiento están bajo responsabilidad de la empresa de renovación y desarrollo urbano de Bogotá Renobo, desde la unidad se realiza supervisión y solicitud de información en referencia a los requerimientos a los que haya lugar desde el SG-SST.
- c) No se evidenció la presencia de insectos o roedores en la sede, adicionalmente, fue posible evidenciar las trampas de desratización.
- d) Los espacios de trabajo son adecuados, se evidencian mediciones higiénicas ambientales, los equipos de oficina y computo se encuentran en buen estado y ubicados en posiciones ergonómicas adecuadas.
- e) Se evidencia el área de sala de lactancia en piso 16, dotada de los elementos básicos para el servicio a las lactantes, se hacen observaciones de la periodicidad registrada en los formatos de control de temperatura y aseo del espacio.
- f) Se hace la solicitud de información y documentación de las máquinas de café, servicio prestado por un tercero para garantizar la supervisión en la manipulación de este consumible.

Plan estratégico de Seguridad Vial

En atención al Contrato 398 Compensar, se hace solicitud de auditoría interna con el objetivo de evaluar el estado de implementación y seguimiento del Plan Estratégico de Seguridad Vial PESV de la UAESP, por lo cual se dispone de una profesional

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

certificada como auditor interno en sistema de gestión de la seguridad vial ISO 39001 bajo el decreto 1079 de 2015 PESV y resolución 40595 de 2022 en virtud del apoyo brindado por el programa de salud empresarial de Compensar.

- La profesional adelantó una revisión documental con lista de verificación del PESV Nivel básico y criterios ISO 39001. Para los requisitos evaluados se revisaron los documentos, procedimientos, registros, indicadores, evidencias y demás soportes. LA verificación se complementó, con entrevistas a los responsables de los procesos, muestreo de registros, observación directa de las actividades y validación de los controles implementados.
- El informe fue allegado por la profesional Compensar al equipo SST consignando los siguientes resultados:

FASE PESV	PASOS	DESCRIPCIÓN DEL PASO DE IMPLEMENTACIÓN DEL PESV	% PASO	% FASE	% PESV
FASE 1. PLANIFICACIÓN DEL PESV	Paso 1	Líder del diseño e implementación del PESV	100%	100%	96%
	Paso 3	Política de Seguridad Vial de la Organización	100%		
	Paso 4	Liderazgo, compromiso y corresponsabilidad del nivel directivo	100%		
	Paso 5	Diagnóstico	100%		
	Paso 6	Caracterización, evaluación y control de riesgos	100%		
	Paso 7	Objetivos y metas del PESV	100%		
	Paso 8	Programas de gestión de riesgos críticos y factores de desempeño	100%		
	Paso 9	Plan anual de trabajo	100%		
FASE 2. IMPLEMENTACIÓN Y EJECUCION DEL PESV	Paso 10	Competencia y plan anual de formación	100%	100%	
	Paso 12	Plan de preparación y respuesta ante emergencias viales	100%		
	Paso 14	Vías seguras administradas por la organización	100%		
	Paso 15	Planificación de desplazamientos laborales	100%		
	Paso 16	Inspección de vehículos y equipos	100%		
	Paso 17	Mantenimiento y control de vehículos seguros y equipos	100%		
	Paso 20	Indicadores y reporte de autogestión PESV	50%		
	Paso 22	Auditoría anual	100%		
FASE 3. SEGUIMIENTO ORGANIZACIÓN	Paso 23	Mejora continua, acciones preventivas y correctivas	100%	100%	
FASE 4. MEJORA CONTINUA DEL PESV	Paso 24	Mecanismos de comunicación y participación	100%		

2.3 Informe de Auditoría

- Análisis de la información remitida (soportes) por la unidad auditable y demás áreas requeridas, así como correos electrónicos, con el fin de validar el cumplimiento de las disposiciones legales vigentes y demás normas aplicables en materia de contratación.
- Consolidación y entrega del informe preliminar de auditoría a los líderes y/o responsables de la unidad auditable.
- Se comunicó el informe preliminar mediante Radicado 20261100101723 del 31 de agosto de 2026.

2.4 Seguimiento del progreso

- Solicitud de la formulación del Plan de Mejoramiento en la herramienta vigente respecto a las actividades que eliminan las causas de las observaciones encontradas (si hay lugar a ello).

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

- Análisis de la evaluación de la auditoría y presentación (por parte del jefe de la oficina de Control interno) al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno para implementación de mejoras en el ejercicio de auditoría.

3. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA

Como resultados del proceso de evaluación se determinaron los consolidados en la siguiente tabla:

Tabla 2. Resultados de la auditoría

TIPO DE RESULTADO	CANTIDAD	REFERENCIACIÓN
Fortalezas	1	3.1
Cumplimientos	1	3.2
Incumplimientos	1	3.3
Oportunidades de Mejora	1	3.4
No Conformidades	-	N.A.
TOTAL:	4	

3.1. FORTALEZAS

- 3.1.1. Fortaleza N°1. Se destaca el alto compromiso del equipo de profesionales responsable de la gestión del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y la efectiva articulación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo con partes interesadas estratégicas, especialmente con la ARL Positiva y la IPS Compensar. (Se mantiene en el informe final)**

Lo anterior, evidenciado en el cumplimiento y seguimiento permanente del Plan Anual de Trabajo. Asimismo, se resalta su disposición y colaboración durante el desarrollo del ejercicio auditor, facilitando el acceso a la información requerida y atendiendo oportunamente las inquietudes formuladas. De igual manera, es notable la articulación estratégica que mantienen con la ARL Positiva para el acompañamiento técnico y el adecuado registro del autodiagnóstico de los estándares mínimos establecidos en la Resolución 0312 de 2019, así como la sinergia generada con los programas de promoción y prevención, exámenes médicos ocupacionales y diferentes herramientas ofrecidas por la IPS Compensar en sus planes de salud empresarial, contribuyendo al fortalecimiento de las acciones orientadas al bienestar, la salud y la seguridad de los trabajadores así como del cumplimiento de los objetivos del sistema y el bienestar de los trabajadores.

3.2. CUMPLIMIENTOS

- 3.2.1. Cumplimiento N°1. Se registró el cumplimiento de los criterios normativos #1-29 #33 - #41 - #43 - #44 - #45 - #46 y #47 de la Resolución 312 de 2019 "Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo**

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

SG-SST" por parte de la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos. (Se mantiene en el informe final)

Se adelantó la evaluación de los (60) criterios indicados en la Resolución 312 de 2019, identificando que se registra por parte de la entidad el cumplimiento de aspectos documentales como delegación de roles y responsabilidades, documentación de las políticas y objetivos, conformación de comités, investigación de incidentes, accidentes y enfermedades laborales, así como de la documentación de peligros, riesgos y sustancias cancerígenas y mediciones ambientales como se registra en la siguiente tabla con el análisis de lo documentado.

Tabla 3 Aspectos con cumplimiento normativo

Ítem	Requisito	Criterio	Verificación
1-29	Documentación del sistema, asignación de roles y responsabilidades, asignación de recursos, Afiliación al Sistema de Seguridad Social Integral, Conformación y funcionamiento del COPASST y comité de convivencia laboral. Programa de capacitación anual. Política y objetivos de Seguridad y Salud en el Trabajo. Matriz legal, Evaluación y selección de proveedores y contratistas.	Asignar una persona que cumpla con el perfil para el diseño e implementación del Sistema de Gestión de SST, Asignar y documentar las responsabilidades específicas, definir y asignar el talento humano, recursos financieros, técnicos y tecnológicos. Garantizar afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud, Pensión y Riesgos Laborales, Conformar y garantizar el funcionamiento del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo – COPASST y comité de convivencia laboral. Elaborar y ejecutar el programa de capacitación en promoción y prevención en temas referentes. Definir la matriz legal que contemple las normas actualizadas del Sistema General de Riesgos Laborales aplicables a la empresa. Establecer los aspectos de SST que podrá tener en cuenta la empresa en la evaluación y selección de proveedores y contratistas.	Evaluados los soportes allegados en el marco de la auditoría, durante la vigencia 2025, se observa el soporte para la documentación base del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo, articulado al sistema de gestión de la unidad, orientado al cumplimiento legal.
33	Investigación de incidentes, accidentes de trabajo y las enfermedades cuando sean diagnosticadas como laborales	Investigar los incidentes y todos los accidentes de trabajo y las enfermedades cuando sean diagnosticadas como laborales con la participación del COPASST, determinando las causas básicas e	Evaluados los soportes allegados en el marco de la auditoría se observa la aplicación de los formatos que hacen parte del Sistema Integrado de Gestión en los cuales se consigna la investigación de los incidentes y accidentes de trabajo, así como los compromisos de mejora.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

Ítem	Requisito	Criterio	Verificación
		inmediatas y la posibilidad de que se presenten nuevos casos.	Se recomienda que las actividades enmarcadas en la mejora continua se documenten y se integren a cada expediente con el fin de contar con los soportes de ejecución de lo formulado y evaluar si lo identificado es efectivo y mitiga la ocurrencia repetida de accidentes e incidentes del mismo tipo.
41	Metodología para identificación de peligros, evaluación y valoración de riesgos	Definir y aplicar una metodología para la identificación de peligros y evaluación y valoración de los riesgos de origen físico, ergonómico o biomecánico, biológico, químico, de seguridad, público, psicosocial, entre otros, con alcance sobre todos los procesos, actividades rutinarias y no rutinarias, maquinaria y equipos en todos los centros de trabajo y respecto de todos los trabajadores independientemente de su forma de vinculación y/o contratación. Identificar con base en la valoración de los riesgos, aquellos que son prioritarios.	Se identifica el documento denominado "MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN DE LOS PELIGROS Y VALORACION DE LOS RIESGOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO" con actualización de octubre 2025 en la cual se relaciona como metodología la GUÍA GTC 45 VERSIÓN 2012-06-20 agrupando los diferentes riesgos en biológicos, físicos, químicos, psicosociales, biomecánicos, condiciones de seguridad y fenómenos naturales.
43	Identificación de sustancias catalogadas como carcinógenas o con toxicidad aguda.	En las empresas donde se procese, manipule o trabaje con sustancias o agentes catalogadas como carcinógenas o con toxicidad aguda, causantes de enfermedades, incluidas en la tabla de enfermedades laborales, priorizar los riesgos asociados a las mismas y realizar acciones de prevención e intervención al respecto.	Para la vigencia 2025 se identifica su identificación con fecha del 30 de agosto, así como la entrega por parte de la matriz de compatibilidad de sustancias químicas y las fichas de cada sustancia como anexo al acta en la cual participó el equipo de Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad. Se recomienda divulgar la información en el marco de las reuniones del COPASST así como de las partes interesadas (personal de aseo, mantenimiento, logística, etc.) de manera que se suministre la información relevante del quehacer del personal de manera periódica.
44	Mediciones ambientales	Realizar mediciones ambientales de los riesgos prioritarios, provenientes de peligros químicos, físicos y/o biológicos.	Las evaluaciones se adelantan por parte de la ARL Positiva, dentro de los soportes allegados en el marco de la auditoría se cuenta con informes de evaluaciones ocupacionales - Diagnóstico de concentración material particulado – respirable- para la vigencia 2026 y para la vigencia 2025 se allegó copia de la solicitud de medición higiénica ocupacional de iluminación a la nueva sede Administrativa; sin

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

Ítem	Requisito	Criterio	Verificación
			embargo, como parte de los expedientes que conservan la información de la ejecución de las actividades no se observa el archivo de los resultados de los ejercicios de medición, así como tampoco se observan los soportes de socialización de los resultados, formulación de acciones de mejora y seguimiento a lo identificado. Por lo que se recomienda adelantar un ejercicio más riguroso de archivo de lo mencionado.
45	Medidas de prevención y control frente a peligros/riesgos identificados	Ejecutar las medidas de prevención y control con base en el resultado de la identificación de peligros, la evaluación y valoración de los riesgos (físicos, ergonómicos, biológicos, químicos, de seguridad, públicos, psicosociales, entre otros), incluidos los prioritarios y estas se ejecutan acorde con el esquema de jerarquización, de ser factible priorizar la intervención en la fuente y en el medio.	Se evidencia dentro de los soportes entregados para evaluación de control interno el correo de abril de 2026 en el cual se remitió la encuesta de identificación de peligros y valoración de riesgos para la vigencia 2026; se evidencia que se incorporan elementos de revisión de medidas de prevención en los informes de inspección que se llevan a cabo en las diferentes sedes de la entidad por parte del equipo de Seguridad y Salud en el Trabajo generando recomendaciones y observaciones para subsanar las debilidades identificadas.
46	Aplicación de medidas de prevención y control por parte de los trabajadores	Verificar la aplicación por parte de los trabajadores de las medidas de prevención y control de los peligros/riesgos (físicos, ergonómicos, biológicos, químicos, de seguridad, públicos, psicosociales, entre otros).	Se evidencia dentro de los soportes entregados para evaluación de control interno el correo de abril de 2026 en el cual se remitió la encuesta de identificación de peligros y valoración de riesgos para la vigencia 2026; se evidencia que se incorporan elementos de revisión de medidas de prevención en los informes de inspección que se llevan a cabo en las diferentes sedes de la entidad por parte del equipo de Seguridad y Salud en el Trabajo generando recomendaciones y observaciones para subsanar las debilidades identificadas.
47	Procedimientos e instructivos internos de seguridad y salud en el trabajo	Elaborar procedimientos, instructivos y fichas técnicas de seguridad y salud en el trabajo cuando se requiera y entregarlos a los trabajadores.	Se cuenta con la identificación de documentos relacionados con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. SGSST publicados en el botón de transparencia de la página web de la entidad: https://www.uaesp.gov.co/mipg/sig.php ; sin embargo, no se evidencia en los expedientes existentes para trazabilidad en la materia la existencia de las fichas técnicas de los elementos utilizados y reenvasados de los productos de limpieza de la entidad. Sin embargo, en el cuarto de almacenamiento de los productos de limpieza

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

Ítem	Requisito	Criterio	Verificación
			se observan las fichas impresas y pegadas en la pared; sin embargo, se recomienda que dichas fichas hagan parte integral del expediente del Sistema.
Paso 1-20	Resolución 40595 de 2022	Por la cual se adopta la metodología oficial para el diseño, implementación y verificación de los Planes Estratégicos de Seguridad Vial (PESV).	En la Auditoría Interna realizada con apoyo de los programas de salud empresarial Compensar, al Plan Estratégico de Seguridad Vial en la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos/UAESP, la entidad obtuvo un puntaje de 96%.

3.3. INCUMPLIMIENTOS

3.3.1. Incumplimiento N°1. Se evidencian debilidades en la ejecución y documentación de los criterios #31 #34 - #50 - #51 y #53 de la Resolución 312 de 2019 "Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST" por parte de la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos. (Se mantiene parcialmente, conforme se explica enseguida. Algunos de los aspectos se modifican como Oportunidades de Mejora)

Se realizó la verificación de los criterios determinados en la Resolución 0312 de 2019 identificando brechas en la trazabilidad operativa y documental del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, lo que puede incrementar la exposición al riesgo de incumplimiento normativo ante los entes de control, así como la limitación en la verificación de la eficacia de las medidas de intervención implementadas por la entidad, lo indicado se consolida en la siguiente tabla.

Tabla 4 Criterios con incumplimiento normativo

Ítem	Requisito	Criterio	Verificación
31	Manejo de Residuos	Eliminar los residuos sólidos, líquidos o gaseosos que se producen, así como los residuos peligrosos, de forma que no se ponga en riesgo a los trabajadores.	Se adelanta la verificación de la documentación del proceso en la cual se cuenta con la sección Gestión de residuos en el enlace: https://www.uaesp.gov.co/content/gestion-residuos-especiales , de igual manera en el proceso de Direccionamiento Estratégico se cuenta con documentación como Plan Institucional de Gestión Ambiental - PIGA - 2020-2024 Versión 2, procedimientos relacionados con: DES-PC-15 V3 Identificación de aspectos y valoración de impactos ambientales e identificación y análisis de riesgos ambiental, DES-PC-16 V3 Gestión Integral de Residuos Sólidos GIRS y DES-PC-20 V2 Formulación y seguimiento Plan de Gestión

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

Ítem	Requisito	Criterio	Verificación
			Integral de Residuos Sólidos - PGIRS con los cuales se adelantan actividades enmarcadas en el manejo de los residuos generados por la entidad. Sin embargo, dentro de los diferentes programas, planes, procedimientos, entre otros; sin embargo, no se observa la documentación de un procedimiento para la identificación y evaluación de las especificaciones en SST de las compras o adquisición de productos y servicios y constatar su cumplimiento en lo que respecta a los insumos de los botiquines, así como la articulación de disposición en materia de elementos vencidos. Sin embargo, durante la verificación adelantada al Archivo Central se observaron debilidades respecto a las actividades de disposición de residuos como se muestra en la ¡Error! No se encuentra el origen de la referencia., por lo que se requiere que se adelante la revisión conjunta con los profesionales del PIGA de la entidad, al igual que con el área transversal de Planeación para garantizar un centro de acopio en cumplimiento a la normatividad vigente y a los tipos de residuos generados. (Se mantiene)
34	Registro y análisis estadístico de accidentes de trabajo y enfermedades laborales	Llevar registro estadístico de los accidentes de trabajo que ocurren, así como de las enfermedades laborales que se presentan; se analiza este registro y las conclusiones derivadas del estudio son usadas para el mejoramiento del Sistema de Gestión de SST.	Como parte del reporte de los indicadores que se adelanta en la plataforma SIDEAP así como del tablero general de indicadores se evidencia que se viene adelantando el registro de la información respecto a los accidentes de trabajo, enfermedades laborales, accidentalidad (frecuencia y severidad), incidencias y ausentismo; sin embargo, no se observa la información requerida respecto a las siguientes características: 1. Análisis del registro, conclusiones y actividades de mejora en el marco del Sistema de la Seguridad y Salud en el Trabajo. 2. Clasificación del origen del peligro (físicos, químicos, biológicos, de seguridad, públicos, psicosociales, entre otros). 3. Severidad de los accidentes de trabajo reportados (físicos, químicos, biológicos, de seguridad, públicos, psicosociales, entre otros).

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

Ítem	Requisito	Criterio	Verificación
			4. Proporción de los accidentes mortales, así como su origen (físicos, químicos, biológicos, de seguridad, públicos, psicosociales, entre otros), incluso cuando no se cuente con índices de mortalidad se reportaría en cero (0). 5. prevalencia de los accidentes, así como su origen (físicos, químicos, biológicos, de seguridad, públicos, psicosociales, entre otros). 6. Incidencias de enfermedad laboral indicando el origen (físicos, químicos, biológicos, de seguridad, públicos, psicosociales, entre otros). 7. Los ausentismos por causa médica con la clasificación por origen (físicos, químicos, biológicos, de seguridad, públicos, psicosociales, entre otros). Lo anterior comunicando los resultados a la Alta Dirección en el marco de la revisión, al COPASST en las reuniones de rendición de cuentas y seguimiento a compromisos y atender observaciones de los integrantes del comité que se adelanta de manera mensual. Se recomienda que se guarde consistencia en el uso de formato de actas de reunión en el que se registran los avances y compromisos. Así mismo, es importante robustecer la trazabilidad documental y el desglose operativo de las actividades ejecutadas en el marco del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST). (Se modifica a Oportunidad de Mejora)
50	Entrega de los Elementos de Protección Personal (EPP) y capacitación en uso adecuado	Suministrar a los trabajadores los elementos de protección personal que se requieran y reponerlos oportunamente, conforme al desgaste y condiciones de uso de los mismos. Verificar que los contratistas y subcontratistas entregan los elementos de protección personal que se requiera a sus trabajadores y realizan la reposición de los mismos oportunamente, conforme al desgaste y condiciones	Si bien se cuenta con el formato GTH-FM-43 V1 Entrega elementos de protección personal en el cual se registra la entrega de elementos relacionados, no se evidencia que se adelanten capacitaciones respecto a los EPP's que se entregan durante los meses en los cuales se requiere, por lo que se hace necesario que se relacionen los documentos que den cuenta de la ejecución de las capacitaciones requeridas de uso a cada colaborador al cual se le realiza entrega de estos. (Se mantiene)

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

Ítem	Requisito	Criterio	Verificación
		de uso. Realizar la capacitación para el uso de los elementos de protección personal.	
51	Plan de prevención, preparación y respuesta ante emergencias	Elaborar un plan de prevención, preparación y respuesta ante emergencias que identifique las amenazas, evalúe y analice la vulnerabilidad. Como mínimo el plan debe incluir: planos de las instalaciones que identifican áreas y salidas de emergencia, así como la señalización, realización de simulacros como mínimo una (1) vez al año. El plan debe tener en cuenta todas las jornadas de trabajo en todos los centros de trabajo y debe ser divulgado.	Se adelantó la revisión del botón de transparencia de la página web de la entidad con el fin de evaluar los documentos denominados "<i>Plan de prevención, preparación y respuesta ante emergencias y contingencias</i>" tanto de la sede administrativa principal y archivo de gestión (Imagen 1 Plan de Emergencias Sede Administrativa, Imagen 2 Plan de Emergencias Archivo Central), en las cuales se adelantaron pruebas in situ sobre los cuales se identificaron debilidades relacionadas con la actualización documental, dado que el registro de elaboración data de 2024 y se relaciona en el numeral 19 de los planes que se revisará una (1) vez al año, se identifican recursos desactualizados -numeral 13- teniendo en cuenta que el espacio opera con (19) extintores y un (1) botiquín, (2) camillas. Por otro lado, el punto de evacuación no es coherente con el espacio verificado, en cumplimiento con el Artículo 2.2.4.6.25. Prevención, preparación y respuesta ante emergencias. Por otro lado, respecto al documento que refleja los protocolos de la sede administrativa, se evidenció que el documento se encuentra desactualizado debido al traslado de la entidad de la zona de Chapinero al Centro, lo cual no es coherente con lo evidenciado durante la visita realizada con el equipo responsable de SGSST. Por lo indicado, es importante que se efectúen las actualizaciones a que haya lugar, así como la articulación con los Planes de emergencia del administrador del espacio (aplica para la sede administrativa). Durante la verificación en sitio de los recursos para la atención de emergencias, se identificaron deficiencias en los siguientes elementos: Sección 1.02 Las camillas verificadas de la sede administrativa como del Archivo central no cuentan con la totalidad de elementos -falta de

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

Ítem	Requisito	Criterio	Verificación
			inmovilizadores de muñeca-, así como falta de aseo periódico. Sección 1.03 Extintores que cuentan con indicador de “Recarga” aun cuando se cuenta con tiempo para el vencimiento de la recarga actual (Imagen 3 Extintores con alerta "Recarga" e Imagen 4 Extintor sin seguro), de igual manera se evidenciaron extintores sin seguro. Sección 1.04 No se cuenta con una identificación adecuada de los botiquines requeridos para la atención de emergencias teniendo en cuenta el área de las sedes dando cumplimiento de la Resolución 705 de 2007 de la Secretaría Distrital de Salud. Durante las verificaciones se evidenció que no se cuenta con un formato que identifique de manera adecuada el tipo de botiquín, por lo que al no contar con un criterio claro se encuentran incompletos los formatos utilizados al diligenciar las revisiones de botiquines tipo B (Imagen 5 Prueba Botiquín e Imagen 6 Papel Trabajo Botiquines). (Se mantiene)

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

Imagen 1 Plan de Emergencias Sede Administrativa

El plan de emergencias se revisa una vez al año y se actualiza si se considera pertinente o cada vez que se presenten cambios en la matriz de identificación de peligros y valoración de riesgos, que así lo amerite.

20. BIBLIOGRAFÍA



Página 47 de 48
IPB-M-2

GTH-PL-20
V1



Unidad
Administrativa
Especial de
Servicios
Públicos

PLAN DE PREVENCIÓN, PREPARACIÓN Y RESPUESTA ANTE EMERGENCIAS Y CONTINGENCIAS -PPPREC- SEDE ADMINISTRATIVA

Mapas de riesgo. https://www.idiger.gov.co/#_escenarios-de-riesgo.

21. CONTROL DE CAMBIOS

TABLA 15. CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción
1	19/01/2024	Diseño y formulación del Plan de prevención, preparación y respuesta ante emergencias y contingencias de la Sede Administrativa.

FUENTE: UAESP 2023

22. AUTORIZACIONES

Fuente: https://www.uaesp.gov.co/mipg/documentos-sig/talento_humano/planes/GTH-PL-20%20V1%20PPPREC%20Sede%20administrativa.pdf

Imagen 2 Plan de Emergencias Archivo Central

19. ACTUALIZACIÓN

El plan de emergencias se revisa una vez al año y se actualiza si se considera pertinente o cada vez que se presenten cambios en la matriz de identificación de peligros y valoración de riesgos, que así lo amerite.

20. BIBLIOGRAFÍA



Página 46 de 47
IPB-M-2

GTH-PL-21
V1



Unidad
Administrativa
Especial de
Servicios
Públicos

PLAN DE PREVENCIÓN, PREPARACIÓN Y RESPUESTA ANTE EMERGENCIAS Y CONTINGENCIAS -PPPREC- ARCHIVO DE GESTIÓN

Mapas de riesgo. https://www.idiger.gov.co/#_escenarios-de-riesgo.

21. CONTROL DE CAMBIOS

TABLA 15. CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción
1	19/01/2024	Diseño y formulación del Plan de prevención, preparación y respuesta ante emergencias y contingencias del Archivo de Gestión.

FUENTE: UAESP 2023

Fuente: https://www.uaesp.gov.co/mipg/documentos-sig/talento_humano/planes/GTH-PL-21%20V1%20PPPREC%20Archivo%20de%20gesti%C3%B3n.pdf

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

Imagen 3 Extintores con alerta "Recarga"

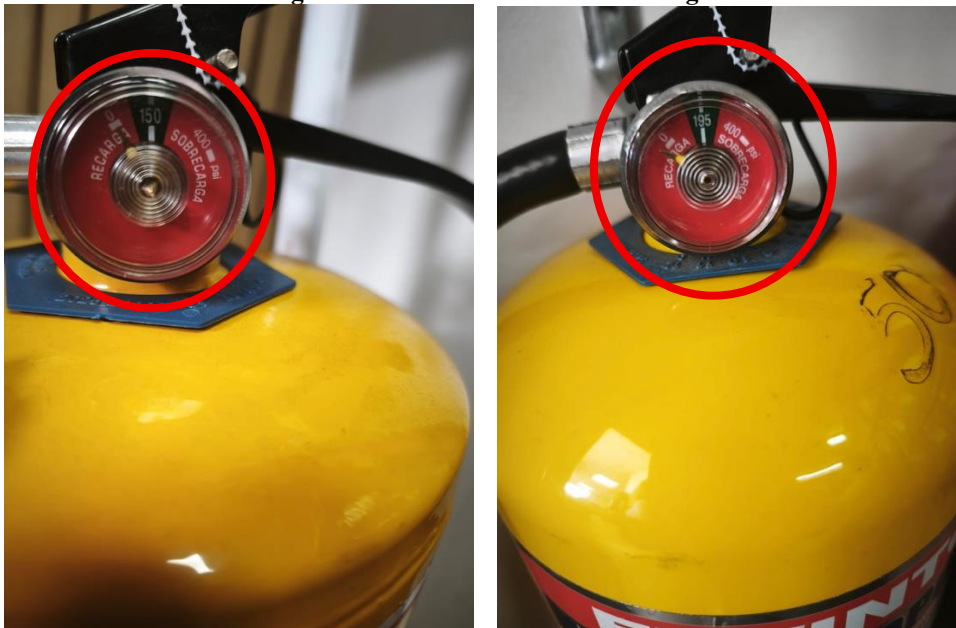


Imagen 4 Extintor sin seguro



INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

Imagen 5 Prueba Botiquín



Imagen 6 Papel Trabajo Botiquines

	Sede Archivo				
Elemento (Inspección)	Unidad Norma	Cantidad Norma	Cantidad Botiquín	Vencimiento	
GASAS LIMPIAS PAQUETE	Paquete X 100	1			
GASAS ESTÉRILES PAQUETE	Paquete por 3	20			
APÓSITO ó COMPRESAS NO ESTÉRILES	Unidad	4	5		
ESPARADRAPO DE TELA ROLLO 4"	Unidad	2	1		
BAJALENGUAS	Paquete por 20	2	2		
VENDA ELÁSTICA 2 X 5 YARDAS	Unidad	2	2	jul-27	
VENDA ELÁSTICA 3 X 5 YARDAS	Unidad	2	2		
VENDA ELÁSTICA 5 X 5 YARDAS	Unidad	2	2	ago-29	
VENDA DE ALGODÓN 3 X 5 YARDAS	Unidad	2	2	ago-29	
VENDA DE ALGODÓN 5 X 5 YARDAS	Unidad	2	2	feb-27	
CLORHEXIDINA O YODOPOVIDONA (JABÓN QUIRÚRGICO)	Galón	1	1	05/08/2026	
SOLUCIÓN SALINA 250 cc ó 500 cc	Unidad	5	1	mar-28	
GUANTES DE LÁTEX PARA EXAMEN	Caja por 100	1	1	N.A.	
TERMÓMETRO DE MERCURIO ó DIGITAL	Unidad	1	1	30/08/2028	
ALCOHOL ANTISÉPTICO FRASCO POR 275 ml	Unidad	1	1	sep-28	
TIJERAS	Unidad	1	1		
LINTERNA	Unidad	1	1		
PILAS DE REPUESTO	Par	4			
TABLA ESPINAL LARGA	Unidad	1			
COLLAR CERVICAL ADULTO	Unidad	2			
COLLAR CERVICAL NIÑO	Unidad	2			
INMOVILIZADORES ó FÉRULA MIEMBROS SUPERIORES (ADULTO)	Unidad	1			
INMOVILIZADORES ó FÉRULA MIEMBROS INFERIORES (ADULTO)	Unidad	1			
INMOVILIZADORES ó FÉRULA MIEMBROS SUPERIORES (NIÑO)	Unidad	1			
INMOVILIZADORES ó FÉRULA MIEMBROS INFERIORES (NIÑO)	Unidad	1			
VASOS DESECHABLES	Paquete por 25	1			
TENSÍÓMETRO	Unidad	1			
FONENDOSCOPIO	Unidad	1			
ACETAMINOFÉN TABLETAS POR 500 mg	Sobre por 10	2			
HIDRÓXIDO DE ALUMINIO TABLETAS	Sobre por 10	1			
ASA TABLETAS POR 100 mg	Sobre por 10	1			
ELEMENTO DE BARRERA ó MÁSCARA PARA RCP	Unidad	2			
CONSLUSIONES					

* Se indica en el papel de verificación de botiquines que se cuenta con botiquín tipo B.

Elemento (Inspección)	Sede Archivo			Vencimiento
	Unidad Norma	Cantidad Norma	Cantidad Botiquín	
GASAS LIMPIAS PAQUETE	Paquete X 100	1	1	
GASAS ESTÉRILES PAQUETE	Paquete por 3	20		
APÓSITO ó COMPRESAS NO ESTÉRILES	Unidad	4	2	
ESPARADRAPO DE TELA ROLLO 4"	Unidad	2	1	
BAJALENGUAS	Paquete por 20	2	1	
VENDA ELÁSTICA 2 X 5 YARDAS	Unidad	2	1	
VENDA ELÁSTICA 3 X 5 YARDAS	Unidad	2	2	
VENDA ELÁSTICA 5 X 5 YARDAS	Unidad	2	2	
VENDA DE ALGODÓN 3 X 5 YARDAS	Unidad	2	1	
VENDA DE ALGODÓN 5 X 5 YARDAS	Unidad	2	1	
CLORHEXIDINA ó YODOPOVIDONA (JABÓN QUIRÚRGICO)	Galón	1		
SOLUCIÓN SALINA 250 cc ó 500 cc	Unidad	5	1	
GUANTES DE LÁTEX PARA EXAMEN	Caja por 100	1		
TERMÓMETRO DE MERCURIO ó DIGITAL	Unidad	1	1	
ALCOHOL ANTISÉPTICO FRASCO POR 275 ml	Unidad	1		
TIJERAS	Unidad	1	1	
LINTERNA	Unidad	1	1	
PILAS DE REPUESTO	Par	4		
TABLA ESPINAL LARGA	Unidad	1		
COLLAR CERVICAL ADULTO	Unidad	2		
COLLAR CERVICAL NIÑO	Unidad	2		
INMOVILIZADORES ó FÉRULA MIEMBROS SUPERIORES (ADULTO)	Unidad	1	1	
INMOVILIZADORES ó FÉRULA MIEMBROS INFERIORES (ADULTO)	Unidad	1	1	
INMOVILIZADORES ó FÉRULA MIEMBROS SUPERIORES (NIÑO)	Unidad	1	1	
INMOVILIZADORES ó FÉRULA MIEMBROS INFERIORES (NIÑO)	Unidad	1	1	
VASOS DESECHABLES	Paquete por 25	1		
TENSÍÓMETRO	Unidad	1		
FONENDOSCOPIO	Unidad	1	1	
ACETAMINOFÉN TABLETAS POR 500 mg	Sobre por 10	2		
HIDRÓXIDO DE ALUMINIO TABLETAS	Sobre por 10	1		
ASA TABLETAS POR 100 mg	Sobre por 10	1		
ELEMENTO DE BARRERA ó MÁSCARA PARA RCP	Unidad	2		
CONSLUSIONES				

* Se indica en el papel de verificación de botiquines que se cuenta con botiquín tipo B.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

Imagen 7 Disposición residuos Archivo Central



Ítem	Requisito	Criterio	Verificación
53	Definición de indicadores del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo	Definir indicadores que permitan evaluar el Sistema de Gestión de SST de acuerdo con las condiciones de la empresa, teniendo en cuenta los indicadores mínimos señalados en el Capítulo IV de la presente Resolución. Tener disponibles los resultados de la evaluación del Sistema de Gestión de SST, de acuerdo con los indicadores mínimos de SST definidos en la presente Resolución.	Se adelanta la verificación de la información existente en materia de ejecución del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST) para el periodo de evaluación; sin embargo, los soportes cargados en el expediente no atienden a los lineamientos definidos en el Artículo 2.2.4.6.19. Indicadores del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo SG-SST. Adicionalmente, no se cuenta con ficha técnica que contenga las variables: 1. Definición del indicador; 2. Interpretación del indicador; 3. Límite para el indicador o valor a partir del cual se considera que cumple o no con el resultado esperado; 4. Método de cálculo; 5. Fuente de la información para el cálculo; 6. Periodicidad del reporte; y 7. Personas que deben conocer el resultado. Dado que se remite como soporte el cuadro de relación de indicadores como tabla y el reporte adelantado en la plataforma del SIDEAP. Asimismo, no se evidencia el análisis de la totalidad de establecimiento de indicadores -según tipología- definidos en los artículos 2.2.4.6.20. Indicadores que evalúan la estructura del sistema

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

Ítem	Requisito	Criterio	Verificación
			de gestión de la seguridad y salud en el trabajo SG-SST, 2.2.4.6.21. Indicadores que evalúan el proceso del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo SG-SST y 2.2.4.6.22. Indicadores que evalúan el resultado del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo SG-SST. Por lo anterior, se recomienda estructurar y documentar formalmente las fichas técnicas de los indicadores del SG-SST incluyendo las siete variables exigidas por la normatividad, así como garantizar la evaluación integral y el análisis completo de la tipología correspondiente a indicadores de estructura, proceso y resultado asegurando que los soportes cargados en el expediente del SGSST reflejen de manera trazable dicha gestión para el periodo de evaluación. (Se modifica como Oportunidad de Mejora)

3.4. OPORTUNIDADES DE MEJORA

3.4.1. Oportunidad de Mejora N°1. Robustecer la documentación, ejecución de lo proyectado y archivo de las actividades de los criterios #32 - #42 - #48 - #49 - #57 - #55 - #58 - #59 y #60 de la Resolución 312 de 2019 "Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST" por parte de la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos en los expedientes del área responsable. (Se mantiene en el informe final con dos ajustes identificados en el cuadro siguiente)

Realizada la evaluación de los soportes suministrados por el área para las vigencias 2025 y 2026, se identificaron actividades que requieren ampliación de la documentación de la ejecución de lo programado en los diferentes planes de trabajo del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la Unidad para lo cual es importante tener en cuenta el análisis de lo siguiente:

Tabla 5 Criterios con oportunidades de mejora

Ítem	Requisito	Criterio	Verificación
32	Reporte de accidentes de trabajo y enfermedades laborales	Reportar a la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) y a la Entidad Promotora de Salud (EPS) todos los accidentes de trabajo y las enfermedades laborales diagnosticadas.	Si bien se identifican los reportes de correspondientes al registro de accidente de trabajo (FURAT) en diferentes meses de las vigencias 2025 y 2026 se identifican debilidades en el archivo de los documentos ya que dichos reportes no se efectúan por persona con el fin de que se guarde la trazabilidad de las actuaciones, por el contrario, se compilan -paquetes- por mes en los cuales se identificaron

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

Ítem	Requisito	Criterio	Verificación
		Reportar a la Dirección Territorial del Ministerio del Trabajo que corresponda los accidentes graves y mortales, así como como las enfermedades diagnosticadas como laborales. Estos reportes se realizan dentro de los dos (2) días hábiles siguientes al evento o recibo del diagnóstico de la enfermedad.	accidentes de trabajo. Por lo anterior se hace necesario la generación de expedientes por colaborador de manera que se pueda verificar la adecuada gestión del reporte, investigación adelantada, reportes a la ARL, EPS, Supervisor, reuniones, lecciones aprendidas, planes de mejoramiento y cierres en los formatos existentes para dicha actividad. En la reunión de cierre de auditoría la Subdirección Administrativa y Financiera evidencia las carpetas con los reportes de accidentes de trabajo por persona. En consecuencia, se retira este apartado de la Oportunidad de Mejora.
42	Identificación de peligros y evaluación y valoración de riesgos con participación de todos los niveles de la empresa	Realizar la identificación de peligros y evaluación y valoración de los riesgos con participación de los trabajadores de todos los niveles de la empresa y actualizarla como mínimo una (1) vez al año y cada vez que ocurra un accidente de trabajo mortal o un evento catastrófico en la empresa o cuando se presenten cambios en los procesos, en las instalaciones, o maquinaria o equipos.	Se identifica el documento denominado "MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN DE LOS PELIGROS Y VALORACION DE LOS RIESGOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO" con actualización de octubre 2025 en la cual se adelanta un ejercicio de identificación de peligros y riesgos para las diferentes actividades de la entidad; sin embargo, no se observan soportes de divulgación al interior de la Unidad, por lo que se recomienda establecer jornadas de socialización con la comunidad Institucional. (Se mantiene)
48	Inspecciones a instalaciones, maquinaria o equipos	Elaborar formatos de registro para la realización de las visitas de inspección. Realizar las visitas de inspección sistemática a las instalaciones, maquinaria o equipos, incluidos los relacionados con la prevención y atención de emergencias; con la participación del COPASST.	Se cuenta con el formato GTH-FM-34 V1 Lista de chequeo para inspección de seguridad publicado en la página web de la entidad en el cual se registra información de las inspecciones adelantados a las diferentes sedes de la entidad, en dicho documento se consignan fotográficamente las debilidades identificadas; sin embargo, respecto a las pruebas en sitio que se adelantaron se evidenció que no se adelanta la implementación de los lineamientos establecidos en la norma NTC 1461 y artículo 224 de la Resolución 2400 de 1979 del Ministerio de Trabajo respecto a la señalización de escalones -por riesgo permanente- (Imagen 8 Escaleras Archivo Central), al igual que para los equipos de extinción (Imagen 9 Identificación de extintor). Dado lo indicado se requiere que se integren actividades de modificación de señalización de los espacios dando cumplimiento lo definido en el Decreto 1072 de 2015 del Ministerio de Trabajo en el cual se exigen medidas

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

Ítem	Requisito	Criterio	Verificación
			preventivas contra caídas en todos los entornos laborales y de concurrencia pública. (Se mantiene)

Imagen 8 Escaleras Archivo Central



Imagen 9 Identificación de extintor



Ítem	Requisito	Criterio	Verificación
49	Mantenimiento periódico de las instalaciones,	Realizar el mantenimiento periódico de las instalaciones, equipos, máquinas y herramientas, de acuerdo con los	Se evidencia la implementación de un programa de inspecciones con (23) registros en diferentes áreas, en los cuales se documenta información cualitativa de las actividades programadas. No obstante, se identifican

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

Ítem	Requisito	Criterio	Verificación
	equipos, máquinas y herramientas	informes de las visitas de inspección o reportes de condiciones inseguras y los manuales y/o las fichas técnicas de los mismos.	las siguientes oportunidades de mejora: * Ausencia de soportes: Los resultados de las inspecciones no se encuentran relacionados en el expediente ni anexados al documento principal. * Falta de acciones correctivas: No se evidencia la formulación de acciones de mejora derivadas de los hallazgos registrados. * Gestión de la comunicación: No se registra constancia de la comunicación formal de los resultados a las partes interesadas. Se recomienda adjuntar los informes de inspección al expediente correspondiente, establecer un plan de acción para los hallazgos identificados y formalizar el mecanismo de divulgación de los resultados a los involucrados para cada mantenimiento programado. En la reunión de cierre el área aporta ejemplos de informes de inspección (Ej. Archivo Central y Manzana del Cuidado) que contienen los resultados de la visita, la comunicación a las áreas y la formulación de las acciones de mejora. Por lo indicado, se retira este ítem de la oportunidad de mejora.
55	Revisión por la alta dirección. Alcance de la auditoría del Sistema de Gestión	Revisar como mínimo una (1) vez al año, por parte de la alta dirección, el Sistema de Gestión de SST, resultados y el alcance de la auditoría de cumplimiento del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, de acuerdo con los aspectos señalados en el artículo 2.2.4.6.30 del Decreto número 1072 de 2015.	Como soporte de la actividad se remitió un correo con fecha del 13 de diciembre de 2025 denominado "Documentos Rendición de cuentas, revisión por la dirección y plan de trabajo 2026" dirigido a la Subdirección Administrativa y Financiera con copia al equipo de SGSST de la entidad. De acuerdo con los aspectos señalados en el artículo 2.2.4.6.30 del Decreto número 1072 de 2015. la revisión que se adelante del sistema deberá garantizar la toma de decisiones estratégicas, la asignación suficiente de recursos y la mejora continua del sistema, dejando constancia de todo ello en un documento oficial debidamente firmado. (Se mantiene)
57	Acciones preventivas y/o correctivas	Definir e implementar las acciones preventivas y/o correctivas necesarias con base en los resultados de la supervisión, inspecciones, medición de los indicadores del Sistema de Gestión de SST entre	La ausencia de una trazabilidad documentada en la ejecución de los planes de mejora derivados de las investigaciones de incidentes y accidentes de trabajo representa una oportunidad de mejora para integrar de manera efectiva estos hallazgos en las fichas del expediente del plan de trabajo del SG-SST. Si bien la organización demuestra un avance en la cultura de

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

Ítem	Requisito	Criterio	Verificación
		otros, y las recomendaciones del COPASST.	comunicación a través de la difusión oportuna de lecciones aprendidas por correo electrónico, resulta estratégico formalizar el seguimiento y cierre de estas acciones correctivas para garantizar la mejora continua y consolidar la eficacia del sistema, las cuales deben hacer parte de la ficha de investigación de manera que se conserve la trazabilidad de lo ejecutado sobre lo proyectado. (Se mantiene)
58	Acciones de mejora conforme a revisión de la Alta Dirección	Cuando después de la revisión por la Alta Dirección del Sistema de Gestión de SST se evidencie que las medidas de prevención y control relativas a los peligros y riesgos son inadecuadas o pueden dejar de ser eficaces, la empresa toma las medidas correctivas, preventivas y/o de mejora para subsanar lo detectado.	Teniendo en cuenta que la revisión de la Alta Dirección establecida en el criterio #55 de la norma no se adelanta de conformidad con lo requerido en el numeral 2.2.4.6.31 del Decreto 1072 de 2025, no se observa que se haya efectuado el registro de acciones de mejora conforme a dicho ejercicio. Así mismo teniendo en cuenta lo mencionado en el criterio #60 es importante que el área responsable adelante la formulación de oportunidades de mejora del Sistema. (Se mantiene)
59	Acciones de mejora con base en investigaciones de accidentes de trabajo y enfermedades laborales	Definir e implementar las acciones preventivas y/o correctivas necesarias con base en los resultados de las investigaciones de los accidentes de trabajo y la determinación de sus causas básicas e inmediatas, así como de las enfermedades laborales.	La ausencia de una trazabilidad documentada en la ejecución de los planes de mejora derivados de las investigaciones de incidentes y accidentes de trabajo representa una oportunidad de mejora para integrar de manera efectiva estos hallazgos en las fichas del expediente del plan de trabajo del SG-SST. Si bien la organización demuestra un avance en la cultura de comunicación a través de la difusión oportuna de lecciones aprendidas por correo electrónico, resulta estratégico formalizar el seguimiento y cierre de estas acciones correctivas para garantizar la mejora continua y consolidar la eficacia del sistema, las cuales deben hacer parte de la ficha de investigación de manera que se conserve la trazabilidad de lo ejecutado sobre lo proyectado. (Se mantiene)
60	Plan de mejoramiento	Implementar las medidas y acciones correctivas producto de requerimientos o recomendaciones de autoridades administrativas y de las administradoras de riesgos laborales.	Se indica por parte del proceso que no aplica Plan de Mejoramiento dado que los reportes adelantados del Sistema registran el 100% de funcionamiento; sin embargo, a lo largo de los ejercicios de mantenimiento, revisiones de espacios físicos, mediciones ambientales y mantenimientos correctivos sobre los cuales se han adelantado actividades de mejora que no se registran en el plan de mejoramiento por lo que no es posible verificar responsables de ejecución, fechas de ejecución y resultados en el periodo establecido.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

Ítem	Requisito	Criterio	Verificación
			Por lo que es importante que se adelante el registro de las actividades que se adelantan por parte del área teniendo en cuenta que la documentación de planes de mejoramiento es fundamental para garantizar la trazabilidad, asignar responsabilidades claras y facilitar el seguimiento continuo de las acciones correctivas. Más allá de cumplir con un requisito de calidad, un plan documentado funciona como una hoja de ruta estratégica que transforma las debilidades en oportunidades de mejora continua. (Se mantiene)
PASO 20	Resolución 40595 de 2022 (emitida por el Ministerio de Transporte de Colombia) adopta la nueva metodología oficial para el diseño, implementación y verificación de los Planes Estratégicos de Seguridad Vial (PESV). Paso 20 Indicadores y reporte de autogestión PESV	La organización debe definir un (1) protocolo para el manejo de los indicadores que le permitan realizar seguimiento, medición, análisis y evaluación en la gestión de la seguridad vial, los cuales deben estar relacionados con la planificación, implementación, seguimiento y mejora del PESV y en la verificación del impacto y resultados de las acciones y estrategias definidas en el Paso 9. Plan anual de trabajo (Aplica para todos los niveles). Los datos de las variables a medir, los resultados de la medición de estos indicadores y su cumplimiento deben ser analizados y evaluados por el comité de seguridad vial.	Se identifica la necesidad de fortalecer el seguimiento y evaluación del desempeño del Plan Estratégico de Seguridad Vial (PESV), a través de la medición periódica, consolidación y análisis oportuno de los indicadores aplicables definidos para la organización. Es fundamental que cada responsable de proceso garantice el registro, reporte y entrega de la información correspondiente a cada indicador dentro de los plazos establecidos, dado que el cumplimiento de estos tiempos es determinante para la validez del análisis, la trazabilidad de los resultados y la toma de decisiones basada en datos reales. El incumplimiento en la oportunidad de la información compromete la capacidad de la organización para identificar desviaciones, implementar acciones correctivas a tiempo y demostrar ante los entes de control el avance real del PESV. Por el contrario, una gestión disciplinada y puntual de los indicadores permite evidenciar el compromiso institucional con la seguridad vial, optimizar los recursos destinados a su gestión y sostener una cultura de mejora continua. (Informe técnico auditoría PESV Compensar) (Se mantiene)

Como conclusión del ejercicio de revisión del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST) del periodo evaluado se recomienda que el área avance en la solución de los siguientes aspectos:

- **Evidencias de ejecución de actividades y eficacia de controles:** Incorporar registros detallados (fotográficos, actas, listas de asistencia y mediciones) que demuestren no solo la realización de las actividades programadas en el plan anual de trabajo, sino también la medición de su impacto real y traza como parte de las acciones de mitigación de los peligros identificados.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

- **Seguimiento a planes de acción y oportunidades de mejora:** Documentar de manera exhaustiva el ciclo completo de las acciones correctivas, preventivas y de mejora derivadas de inspecciones, auditorías previas o investigaciones de incidentes, detallando fechas de cierre, verificación de eficacia y responsables.
- **Gestión del cambio y actualización de matrices:** Consolidar la documentación de respaldo que justifique los cambios realizados en la Matriz de Peligros, Evaluación y Valoración de Riesgos y en la Matriz de Requisitos Legales, reflejando cómo dichos ajustes responden dinámicamente a la operación actual de la entidad.

La ampliación de estos soportes no solo fortalece la cultura de mejora continua, sino que permite conservar la trazabilidad de la actuación de la Unidad ante los ejercicios de autoevaluación, auditoría interna o de entes de control y vigilancia.

3.5. ANÁLISIS RESPUESTA A INFORME PRELIMINAR

La Subdirección Administrativa y Financiera remitió respuesta al Informe Preliminar de Auditoría vía correo electrónico el 11 de septiembre de 2026. Al respecto, enseguida se realizan las siguientes precisiones en los siguientes literales:

- Fortaleza N°1.** Respecto a la precisión referente al papel que tomó la empresa Compensar en la evaluación del Programa Estratégico de Seguridad Vial – PESV, se efectúa la modificación y se mantiene el contenido.
- Incumplimientos.** Se indica por parte del área en la respuesta “se solicita tener en cuenta las evidencias previamente cargadas en la carpeta “Cargue Plan de Trabajo 2026”, específicamente en el numeral 43 y en el archivo Tablero de Indicadores, como soporte del seguimiento y evaluación de los indicadores relacionados con las acciones de mejora”, por lo que se aclara que toda la información suministrada por parte del área fue evaluada por el equipo auditor; sin embargo, los soportes del tablero de controles no cumplen con todo lo requerido en el artículo 2.2.4.6.19. del Decreto 1072 de 2015 que indica:

“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.

Cada indicador debe contar con una ficha técnica que contenga las siguientes variables:

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

1. Definición del indicador;
2. Interpretación del indicador;
3. Límite para el indicador o valor a partir del cual se considera que cumple o no con el resultado esperado;
4. Método de cálculo;
5. Fuente de la información para el cálculo;
6. Periodicidad del reporte; y
7. Personas que deben conocer el resultado.”

Adicionalmente, durante la reunión de cierre de auditoría el área aclara que la ficha de los indicadores no se puede modificar unilateralmente sin el acuerdo con la OAP. Así mismo, que en el SIDEAP los indicadores sí aparecen con la clasificación cuantitativa que exige la norma.

Considerando lo indicado, **este apartado específico se retira de los incumplimientos y se deja como Oportunidad de Mejora** para que el área lo analice en conjunto con la OAP para determinar si es posible hacer algún tipo de anotación o aclaración en la ficha de los indicadores que defina que los aspectos cualitativos se encuentran incorporados en SIDEAP.

- c) **Incumplimientos.** Se indica por parte de la Subdirección que “Frente al incumplimiento relacionado con la clasificación del origen del peligro (físicos, químicos, biológicos, de seguridad, públicos, psicosociales, entre otros), se precisa que este análisis se encuentra contemplado en el numeral 34 del Plan de Trabajo del SG-SST, denominado “Caracterización de los incidentes y accidentes de trabajo y enfermedades laborales”. En este apartado se realiza la caracterización de los eventos presentados y su correspondiente clasificación por factor de riesgo, permitiendo identificar y analizar el origen o naturaleza del peligro asociado a los incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales reportados.”.

Por lo que adelantada la nueva verificación del numeral indicado mes a mes, y, si bien se evidencia que cuenta con una presentación de determinados aspectos de la clasificación del origen del peligro, se observan debilidades y falta de información requerida en el marco de la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo – SGSST respecto al análisis del registro, conclusiones y actividades de mejora en el marco del Sistema de la Seguridad y Salud en el Trabajo, clasificación del origen del peligro, severidad de los accidentes de trabajo reportados, proporción de los accidentes mortales, así como su origen (incluso cuando no se cuente con índices de mortalidad se reportaría en cero (0)), prevalencia de los accidentes, incidencias de enfermedad laboral indicando el origen y los ausentismos por causa médica con la clasificación por origen.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

De otro lado, en la reunión de cierre, la Subdirección Administrativa y Financiera hace una exposición del contenido de la matriz GTHFM38 (versión 3) que contiene la base estadística de accidentes laborales y viales y evidencia que en ella se identifica no sólo el factor de riesgo sino el tipo de evento, los días de incapacidad (severidad), los planes de acción y el estatus de cada caso. Igualmente, aporta el registro de ausentismo por causa médica, el cual se presenta al COPASST cada mes. Se evidencia copia de las presentaciones mes a mes.

En consideración de las evidencias aportadas, **se retira este apartado del Incumplimiento** en el Informe Final.

- d) Incumplimiento.** Frente a lo indicado por el área respecto a lo analizado en el “Ítem 58. Acciones de mejora conforme a la revisión por la Alta Dirección. Con relación a la observación, se precisa que dentro de la documentación allegada al proceso de auditoría se incluyó el archivo “21. Revisión por la Dirección.pdf”, en el cual se evidencia que, en el Comité Extraordinario Institucional de Gestión y Desempeño Asincrónico – Acta N.º 6, no se establecieron compromisos ni acciones de mejora.”

Si bien se aporta el acta del 16 de diciembre de 2025 mediante la cual se registra el resultado del Comité extraordinario de Gestión y Desempeño, no se evidencia que se hayan mencionado temas en el marco de la mejora continua por lo que no fueron formuladas actividades. En consideración a lo registrado en el documento, **se retira el ítem del numeral “Incumplimiento”** y se registra como **oportunidad de mejora**, teniendo en cuenta que el sistema no reporta un 100% de cumplimiento en los ítems evaluados y por lo tanto, para la presentación a la Alta Dirección se deberán presentar los resultados de las auditorías realizadas, así como las acciones que permitirán mejorar la implementación del sistema en la entidad.

- e) Oportunidad de Mejora (ítem 32).** Se indica por parte del proceso que se adelanta la *“gestión de manera individual para cada evento y colaborador”*; sin embargo, como parte de la respuesta al presente informe no se aportan los enlaces ni los expedientes que puedan ser consultados. Durante la reunión de cierre el área aporta la evidencia de la existencia de carpetas por cada colaborador. En consecuencia, **se retira este apartado de la Oportunidad de Mejora.**
- f) Oportunidad de Mejora (Ítem 49).** Se indica por parte del área: *“Respecto a la ausencia de soportes de los resultados de las inspecciones que no se encuentran relacionados en el expediente ni anexados a un documento principal, se solicita dar claridad frente a este punto, ya que no es claro a qué requisito normativo específico, criterio interno de la TRD o, en su defecto, a qué otro alcance hace referencia la observación, para así mismo tener el contexto para el desarrollo de un plan de mejoramiento”*. Al respecto, se aclara que la recomendación de la Oficina de Control Interno hace referencia a identificar la serie y subserie en la cual se archivan los

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

soportes que hacen parte de la ejecución del SGSST en la entidad, lo cual podrá efectuarse con el apoyo del área de Gestión Documental.

- g) Por último, respecto a los **ítems 57 y 59**, se relaciona el mismo análisis en la medida en la que se habla de definir e implementar acciones correctivas, preventivas y/o de mejora que se implementaron según lo detectado en la revisión por la Alta Dirección del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, así como de resultados de la supervisión, inspecciones, medición de los indicadores del Sistema de Gestión de SST entre otros, y las recomendaciones del COPASST, se proyecta el análisis proponiendo que se identifiquen este tipo de acciones como resultado de las diferentes actividades que se llevan a cabo por parte del equipo de trabajo que se encarga de implementar el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo en la Unidad. Teniendo en cuenta que sí se identifican mejoras durante las revisiones y auditorías que recibe la entidad.

Con base en lo anterior, se invita al equipo a gestionar acciones de mejora orientadas a robustecer los diferentes planes de trabajo. Asimismo, se recomienda optimizar la documentación para garantizar que sea completa, consultable y coherente con la ejecución real del sistema, asegurando un archivo estructurado que refleje de manera integral todas las actuaciones desarrolladas durante la vigencia. En los anteriores términos quedan atendidas las observaciones recibidas al informe preliminar de auditoría.

3.6. SOLICITUD DE CORRECCIONES

No aplica.

3.7. NO CONFORMIDADES

No aplica.

4. CONCLUSIONES

Adelantada la revisión del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo - SGSST de la Unidad, se evidencia que este cuenta con una base documental avanzada; sin embargo, se recomienda enfocar los esfuerzos en cerrar el ciclo de mejora continua de las actividades formuladas del plan de trabajo -actuar, comunicar y hacer seguimiento a lo detectado- lo cual se evidencia en los siguientes aspectos:

- Es importante fortalecer el análisis de la accidentalidad (causas, gravedad, tendencias) y organizar los reportes por trabajador, de modo que identifiquen patrones y acciones

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

de mejora en tiempo. Asimismo, formalizar la capacitación en el uso de los elementos de protección personal como parte del proceso de entrega, garantizando que se entienda la importancia del uso adecuado de los elementos de protección personal.

- Si bien se cuenta con una matriz de riesgos actualizada; se sugiere adelantar jornadas de socialización con los colaboradores, de manera que el conocimiento del riesgo se traduzca en autocuidado en la entidad en las diferentes actividades del quehacer cotidiano.
- Resulta de importancia que se efectúe el cierre del ciclo documental de las inspecciones archivando los resultados, al igual que documentar de manera amplia las acciones correctivas y comunicarlas a los responsables.
- Se debe dar cumplimiento a la documentación de las fichas completas de los indicadores y formalizar la revisión anual por la Alta Dirección, con actas que reflejen decisiones y recursos asignados, conclusiones y oportunidades de mejora -cuando haya lugar a ello-, así como consolidar estas acciones en un único Plan de Mejoramiento que permita hacer seguimiento efectivo y demostrar el avance continuo del sistema.
- En la Auditoría Interna realizada al Plan Estratégico de Seguridad Vial de Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos / UAESP, la entidad obtuvo un puntaje de 96%.

5. RECOMENDACIONES

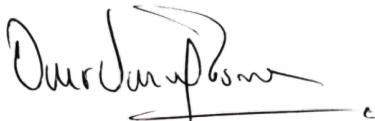
- Tener en cuenta los aspectos que se han identificado como fortalezas y cumplimientos en el presente informe, con el objeto de que se mantengan y se sigan ejecutando en procura de la mejora y la conservación de los altos estándares en la ejecución del proceso objeto de evaluación.
- Revisar y formular las acciones correctivas y de mejora que correspondan frente a los incumplimientos, no conformidades y oportunidades de mejora (estás a consideración del líder de proceso) que se han determinado en el presente informe, acudiendo a la metodología vigente en la UAESP, usando para ello lo definido en el procedimiento Planes de Mejoramiento. Lo señalado permitirá contar con acciones concretas que eliminen las causas de los incumplimientos y de las oportunidades de mejora identificados, así como documentar debidamente el proceso de mejoramiento continuo en la entidad.

6. PLAN DE MEJORAMIENTO

En consecuencia, se solicita informar a esta oficina en los siguientes doce (12) días hábiles posteriores a la comunicación del informe final, las acciones correctivas y de mejora a implementar, en cumplimiento del Procedimiento ECM-PC-03 Planes de mejoramiento.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

APROBACIÓN



Omar Urrea Romero
Jefe(a) de Oficina de Control Interno

Vivian Lorena Neiva Parra
Auditor(es) Interno(s) que ejecutaron el trabajo

Jizet Hael González Ramírez
Auditor(es) Interno(s) que ejecutaron el trabajo

FECHA: 29/09/2026