



INFORME EJECUTIVO Y/O RESUMEN

**AUDITORIA INTERNA AI-SCI-10-2024
GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL
TRABAJO**

2024-10-26

OFICINA DE CONTROL INTERNO

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	3
1. OBJETIVO	3
2. ALCANCE	3
3. HALLAZGOS	3
4. RECOMENDACIONES.....	53
5. CONCLUSIONES	53

INTRODUCCIÓN

En cumplimiento a lo establecido en el procedimiento de Auditorías Internas al Sistema de Control Interno del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Código: DG-C-P-015 Versión 13, anexo Pautas para la Ejecución de las Auditorías, Código: DG-C-P-015-AX-002. Versión 14 numeral 4.3. “Comunicar el informe de auditoría”, en calidad de auditor líder realizo informe ejecutivo y/o resumen, destinado al Director General y con el fin de ser publicado en el portal institucional.

1. OBJETIVO

1.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar los requisitos del Decreto No. 1072 de 2015 en los ítems que le sean aplicables a la gestión en seguridad y salud en el trabajo en el Instituto y demás normas que aplican al proceso de Seguridad y Salud en el Trabajo.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Verificar cumplimiento de los objetivos estratégicos relacionados con el proceso auditado.
2. Evaluar la efectividad de las acciones incluidas en los planes de mejoramiento (Acciones Preventivas y Acciones Correctivas) producto de las auditorías internas,
3. Evaluar la efectividad de los controles de los riesgos asociados al proceso.

2. ALCANCE

En el período comprendido entre la última auditoria hasta la fecha de la presente auditoría para las actividades relacionadas en los criterios de auditoría.

3. HALLAZGOS

HALLAZGO N°1.

1.1. Descripción:

Durante la auditoría realizada se evidenció que el **observatorio del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo** a nivel nacional no da cumplimiento a los objetivos y propósitos establecidos según la Resolución 001126 de 2018, para los cuales fue creado el respectivo Observatorio. El último informe data del año 2022.

1.2. Criterio/Requisito:

a) **Resolución 001126 de 2018.** “Por la cual se crea el Observatorio del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo a nivel nacional”, en los siguientes artículos:

1) **Artículo 2. Objetivos del observatorio.** “El objetivo general del observatorio es servir como órgano asesor de la alta gerencia y de los representantes de los servidores públicos, para articular la política pública de salud y seguridad en el trabajo”, en sus literales “a” hasta la “g”.

2) **Artículo 3. Participación.** “El observatorio estará a cargo de la Secretaria General, a través del Grupo Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo y Medio Ambiente, del nivel central”, con la

participación de las diferentes unidades organizacionales y representantes enunciados en la precipitada resolución.

3) **Artículo 3. Parágrafo 1.** Los participantes definirán los roles y responsabilidades para su funcionamiento. **Parágrafo 2.** Los integrantes del observatorio presentarán el correspondiente informe de gestión de manera semestral a la Alta Dirección.

b) **Resolución 0000341 de 2024-05-05.** “Por la cual se establece la Política de Gestión Estratégica del Talento Humano para el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses” literal h en cuanto a la asesoría técnica especializada en la gestión del riesgo, y acompañamiento y orientación en el cumplimiento de la normatividad.

c) **Decreto 1072 de 2015. Artículo 2.2.4.6.2. Definiciones.** Numeral 10. Ciclo PHVA: Procedimiento lógico y por etapas que permite el mejoramiento continuo a través de los siguientes pasos: **Planificar:** Se debe planificar la forma de mejorar la seguridad y salud de los trabajadores, encontrando qué cosas se están haciendo incorrectamente o se pueden mejorar y determinando ideas para solucionar esos problemas.

a) **Segunda línea de defensa:** Tiene la responsabilidad de supervisar temas transversales para la entidad y presentar los resultados a la línea Estratégica. Asegura que los procedimientos y actividades que realiza la primera línea de defensa se estén cumpliendo, y que los controles y la gestión de riesgos de la primera línea de defensa sean apropiados y funcionen correctamente.

d) **MIPG 7ª Dimensión** – Componentes: 3) Actividades de control; 2) Evaluación de riesgos; 5) Actividades de monitoreo.

1.3. Causa:

Se identifica como posible causa la falta de controles para garantizar el cumplimiento de la Resolución 001126 de 2018-12-12.

1.4. Efecto(s):

Se identifica como posible efecto: La Dirección no tuvo acceso a información clave que permitiera la articulación de la política pública en Seguridad y Salud en el Trabajo.

1.5. Evidencia:

a) El último informe publicado data del 2022.
https://www.medicinalegal.gov.co/documents/132523/579764/4_Enfermedad_Laboral.pdf

b) 2024-10- Solicitudes de documentos para la auditoría a ítems: 19-Informe último semestre 2023 y primer semestre 2024 y 21- resultados de monitoreo del observatorio en STT desde octubre 2023 a la fecha, la respuesta fue la siguiente:

19- OBSERVATORIO

El Grupo Nacional de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo no cuenta con información del Informe del último semestre 2023 y primer semestre de 2024.

21- OBSERVATORIO

El Grupo Nacional de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo no cuenta con información de los estados de asistencia de la difusión y comunicación de resultados del monitoreo del observatorio del Sistema de Gestión en SST desde octubre 2023 a la fecha.

c) **2024-10-15-** Mediante correo electrónico a Secretaría General, se solicitó información relacionada a numeral 2 “...sean remitidos los informes de segundo semestre 2023 y primer semestre de 2024 del que trata el parágrafo 2. Así como los roles y responsabilidades definidos como lo señala el parágrafo 1...” con fecha límite de entrega 2024-10-17. La respuesta fue enviada por el GNSST en fecha **2024-10-18** a la Secretaría General con copia a la Oficina de Control Interno, así:

3. Enfermedades laborales diagnosticadas en el INMLCF, periodo 2000 - 2022

Es de interés para el Instituto y para el Observatorio de Seguridad y Salud en el Trabajo, conocer los datos estadísticos, históricos y actuales, respecto de la calificación de enfermedad de origen laboral en los servidores de la entidad, por lo cual a continuación, se especifican las variables más relevantes en este aspecto.

En la tabla 1 se encuentra la distribución del total de número de enfermedades de origen laboral diagnosticadas, desde el año 2000 al 2022, entre servidores activos y

4

Respuesta: No, el Grupo Nacional de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo no ha atendido ninguna solicitud de recomendación para transporte aéreo por causa de salud en trayectos que de acuerdo a la política institucional se deben realizar por vía terrestre.

2. Conforme a la resolución 001126 de 2018 por la cual se crea el Observatorio para el Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo, Artículo 3, de manera ácida agradecería sean remitidos los informes segundo semestre de 2023 y primer semestre del 2024 del que trate el párrafo 2. Así como los roles y responsabilidades definidos como lo señala el párrafo 1, del mencionado artículo.

Respuesta: El último observatorio que se publicó se encuentra en intranet (se anexa), y no se ha realizado ninguna publicación en el primer semestre 2024

1.6. Riesgo Evaluado: (Identificado en mapa de riesgos / no identificado en mapa de riesgos)

Para este ítem se encuentra que

El proceso cuenta con el riesgo **GSST-17** "Posibilidad de pérdida de imagen por insuficiente presupuesto para la ejecución del Plan Anual de Trabajo, en Seguridad y Salud en el Trabajo debido a una inadecuada planeación, que pudieran desencadenar en multas o sanciones para la entidad". En el control asociado se encuentra: "El profesional con función de coordinador, revisa.... las responsabilidades..."

Por lo anterior se observa que el control asociado en cuanto a la revisión de responsabilidades no fue efectivo.

1.7. Respuesta del auditado o unidad auditada (Cuando aplique):

Se acepta el hallazgo, se formulará plan de mejora.

1.8. Análisis y respuesta del auditor (Cuando aplique):

Nota del equipo auditor: El hallazgo es aceptado por los auditados.

HALLAZGO N°02.**1.1. Descripción:**

En entrevista al responsable de Higiene y Seguridad en el Trabajo, respectiva revisión documental e información suministrada por los auditados, se observó que la entidad cuenta con un **Plan Estratégico de Seguridad Vial-PESV** vigencia 2016, no obstante, se evidenció que **no se da cumplimiento** a la actualización del PESV según Resolución 40595 de 2022 "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» Publicada en el Oficial Diario Oficial No. 52102 del **21 de julio de 2022**, con fecha límite de implementación de un año a partir de entrada en vigor la resolución, es decir, **2023-07-21**. No cumple con los criterios para elaborar políticas, establecidos en el procedimiento institucional de Planeación Estratégica DG-E-P-019 versión 8 (vigente), como tampoco asegura su publicación en el portal institucional en la sección de transparencia.

1.2. Criterio/Requisito:

a) **Resolución 40595 de 2022** "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».

1) **Artículo 4. Transitorio.** Las entidades, organizaciones o empresas obligadas a diseñar e implementar los Planes Estratégicos de Seguridad Vial que hayan registrado y/o cuenten con aval emitido por la autoridad competente con anterioridad a la entrada en vigencia de este acto administrativo deberán actualizarlo en un plazo máximo de **un (1) año**, contado a partir de la entrada en vigencia de La presente resolución.

b) **Procedimiento de Planeación Estratégica DG-E-P-019** versión 8 (vigente), actividad 4 Formular e implementar políticas institucionales, tarea 2.

c) **Ley 1712 del 6 de marzo de 2014.** Por medio de la cual se crea la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional y se dictan otras disposiciones. Artículo 9 Información mínima obligatoria respecto a la estructura del sujeto obligado: Todo sujeto obligado deberá publicar la siguiente información mínima obligatoria de manera proactiva en los sistemas de información del Estado o herramientas que lo constituyan, Literal d. “Todas las normas generales y reglamentarias, políticas...”

d) **Resolución 1519 DE 2020.** por la cual se definen los estándares y directrices para publicar la información señalada en la Ley 1712 del 2014 y se definen los requisitos materia de acceso a la información pública, accesibilidad web, seguridad digital, y datos abiertos. Artículo 4°. *Estándares de publicación y divulgación de contenidos e información.* Los sujetos obligados deberán dar cumplimiento a los estándares de publicación y divulgación de contenidos e información aplicable a sus sitios web y sede electrónica, establecidos en el Anexo 2 de la presente resolución. *Artículo 2.4.2 Menú de Transparencia y acceso a la información pública literal g.*

e) **Decreto 1072 de 2015:**

1) **Artículo 2.2.4.6.2. Definiciones.** Numeral 10. Ciclo PHVA: Procedimiento lógico y por etapas que permite el mejoramiento continuo a través de los siguientes pasos: **Planificar:** Se debe planificar la forma de mejorar la seguridad y salud de los trabajadores, encontrando qué cosas se están haciendo incorrectamente o se pueden mejorar y determinando ideas para solucionar esos problemas.

2) **Artículo 2.2.4.6.4.** Sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST). El Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) consiste en el desarrollo de un proceso lógico y por etapas, basado en la mejora continua y que incluye la política, la organización, la planificación, la aplicación, la evaluación, la auditoría y las acciones de mejora con el objetivo de anticipar, reconocer, evaluar y controlar los riesgos que puedan afectar la seguridad y la salud en el trabajo.

3) **Artículo 2.2.4.6.8.** Obligaciones de los empleadores. 5. Cumplimiento de los Requisitos Normativos Aplicables: Debe garantizar que opera bajo el cumplimiento de la normatividad nacional vigente aplicable en materia de seguridad y salud en el trabajo.

4) **Artículo 2.2.4.6.17.** “...El empleador o contratante debe adoptar mecanismos para planificar el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST, basado en la evaluación inicial y otros datos disponibles que aporten a este propósito. 1. La planificación debe aportar a: 1.1. “El cumplimiento con la legislación nacional vigente en materia de riesgos laborales... le apliquen en materia de seguridad y salud en el trabajo”.

f) **Segunda línea de defensa:** Tiene la responsabilidad de supervisar temas transversales para la entidad y presentar los resultados a la línea Estratégica. Asegura que los procedimientos y actividades que realiza la primera línea de defensa se estén cumpliendo, y que los controles y la gestión de riesgos de la primera línea de defensa sean apropiados y funcionen correctamente.

g) **MIPG 7ª Dimensión – Componentes:** 3) Actividades de control; 2) Evaluación de riesgos; 5) Actividades de monitoreo.

1.3. Causa:

Se identifica como posible causa la falta de controles para garantizar el cumplimiento de la Resolución 40595 de 2022 y requisito de la entidad para elaborar políticas y garantizar su publicación en el portal institucional-transparencia.

1.4. Efecto(s):

Se identifica la probabilidad de posibles sanciones económicas de las que trata la Ley 1562 de 2012 “Por la cual se modifica el Sistema de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones en materia de Salud Ocupacional”, artículo 13.

1.5. Evidencia:

- a) Resultados de la aplicación de la lista para verificación del cumplimiento del PESV-Nivel avanzado según Resolución 40595 de 2022, para los pasos:

PASOS	RESULTADOS
1) PASO 1. Líder del diseño e implementación del PESV 2) PASO 2. Comité de seguridad vial 3) PASO 3. Política de Seguridad Vial de la organización 4) PASO 4. Liderazgo, compromiso y corresponsabilidad del nivel directivo 5) PASO 5. Diagnóstico 6) PASO 6. Caracterización, evaluación y control de riesgos 7) PASO 7. Objetivos y Metas del PESV 8) PASO 8. Programas de gestión de riesgos críticos y factores de desempeño 9) PASO 9. Plan anual de trabajo 10) PASO 10. Competencia y plan anual de formación 11) PASO 11. Responsabilidad y comportamiento seguro 12) PASO 12. Plan de preparación y respuesta ante emergencias viales 13) PASO 13. Investigación interna de siniestros viales. 14) PASO 14. Vías seguras administradas por la organización 15) Planificación de desplazamientos laborales. 16) PASO 16. Inspección de vehículos y equipos 17) PASO 17. Mantenimiento y control de vehículos seguros y equipos. 18) PASO 18. Gestión del cambio y gestión de contratistas. 19) PASO 19. Archivo y retención documental 20) PASO 20. Indicadores y reporte de autogestión. 21) PASO 21. Registro y análisis estadístico de siniestros viales. 22) PASO 22. Auditoría anual. 23) PASO 23. Mejora continua acciones preventivas y correctivas. 24) PASO 24. Mecanismos de comunicación y participación.	Total, de Requisitos que: a) Cumple: 4 b) No cumple: 37 c) Cumple parcialmente: 13 d) Requisitos que no aplican: 6 Nivel Cumplimiento 13%

b) Plan estratégico de Seguridad Vial del INMCLF de 2016-06-30, vigente a la fecha de la presente auditoría y radicado ante SUPERTRANSPORTE.

PLAN ESTRATÉGICO DE SEGURIDAD VIAL

INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

Junio 30 de 2016

1.6. Riesgo Evaluado: (Identificado en mapa de riesgos / no identificado en mapa de riesgos)

Para la vigencia 2024 el proceso identificó el riesgo GSST-17: *“Posibilidad de pérdida económica por incumplimiento en la implementación de los requisitos en Seguridad y Salud en el Trabajo auditados por entes de control, debido a la inadecuada e insuficiente identificación de peligros y valoración de riesgos, asimismo, Insuficiente seguimiento a la gestión de actualización de matrices dentro del SG-SST, que pudieran desencadenar en multas o sanciones para la entidad”*. No obstante, este riesgo no contempla, además, como posible causa raíz, el insuficiente seguimiento al cumplimiento de la normatividad aplicable a la entidad ni determina controles para evitar se materialice. Se observa además que el control asociado, en cuanto a la revisión de responsabilidades, no fue efectivo, para las responsabilidades que le competen al proceso de SST, en este hallazgo, como quiera que el abordaje del PESV requiere también de la participación del proceso de Gestión Administrativa.

1.7. Respuesta del auditado o unidad auditada (Cuando aplique):

Se acepta el hallazgo, se formulará plan de mejora.

1.8. Análisis y respuesta del auditor (Cuando aplique):

Nota del equipo auditor: El hallazgo es aceptado por los auditados.

HALLAZGO N°03.

1.1. Descripción:

Se evidenció que la Regional Noroccidente, para el proceso de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, no identificó ni incluyó los **riesgos** relevantes asociados al proceso. Se constituyó un incumplimiento al rol de segunda línea de defensa para el aseguramiento y supervisión al cumplimiento de los procedimientos, adecuación de los controles y gestión de riesgos relativos a la Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.

1.2. Criterio/Requisito:

- Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas. v6 - 2022.
- Procedimiento DG-M-P-022 “Gestión de Riesgos”, versión 8. Numeral 7.2 Generalidades. Literal d) En el marco de aplicación del concepto de líneas de defensa incluido en la Dimensión 7 del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), y de acuerdo con la Política de Gestión del Riesgo vigente.
- Resolución 1142 de 2022-12-29 “Por la cual se actualiza la Política de Gestión del Riesgo en el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses”. Artículo 13. Consolidación del Mapa de Riesgos. Parágrafo 2. *“Los Directores Regionales, además de los riesgos descritos en el literal a) del parágrafo anterior y en el rol de segunda línea de defensa, construirán su mapa de riesgos de los procesos que gestionan en su jurisdicción, de acuerdo con su necesidad”*.

d) **Segunda línea de defensa:** Tiene la responsabilidad de supervisar temas transversales para la entidad y presentar los resultados a la línea Estratégica. Asegura que los procedimientos y actividades que realiza la primera línea de defensa se estén cumpliendo, y que los controles y la gestión de riesgos de la primera línea de defensa sean apropiados y funcionen correctamente.

e) **MIPG 7ª Dimensión** – Componentes: Actividades de control; Evaluación de riesgos; Monitoreo y supervisión.

1.3. Causa:

Se identifica como posible causa la inadecuada gestión de las funciones de aseguramiento como segunda línea de defensa.

1.4. Efecto(s)

Se determinó como posible efecto el incremento en la vulnerabilidad jurídica y económica, así como de condiciones de salud y seguridad de los servidores públicos de la entidad frente a riesgos no gestionados a tiempo y reducción en la efectividad de los controles implementados.

1.5. Evidencia:

Aplicada la técnica de entrevista al Director Regional Noroccidente y Facilitadora de Calidad de la Regional Noroccidente, se estableció no se ha construido el mapa de riesgos de los procesos que se gestionan en su jurisdicción- Proceso de Seguridad y Salud en el Trabajo.

1.6. Riesgo Evaluado: (Identificado en mapa de riesgos / no identificado en mapa de riesgos)

El proceso no identificó un riesgo relacionado con la no identificación de riesgos de los procesos que se gestionan a nivel regional – Proceso de Seguridad y Salud en el Trabajo.

1.7. Respuesta del auditado o unidad auditada (Cuando aplique):

Se acepta el hallazgo, se formulará plan de mejora.

1.8. Análisis y respuesta del auditor (Cuando aplique):

Nota del equipo auditor: El hallazgo es aceptado por los auditados.

HALLAZGO N°04.

1.1. Descripción:

Para el proceso de Seguridad y Salud en el Trabajo no se cumple con la actualización de la **matriz de Requisitos Legales**, en la medida que sean emitidas nuevas normas y/o cambien requisitos aplicables a la entidad. Se incumple reiterativamente este requisito por parte del proceso en Seguridad y Salud en el Trabajo, desde vigencias anteriores.

1.2. Criterio/Requisito:

b) **Decreto 1072 de 2015:**

1) Artículo 2.2.4.6.8. PARÁGRAFO. Por su importancia, el empleador debe identificar la normatividad nacional aplicable del Sistema General de Riesgos Laborales, la cual debe quedar plasmada en una matriz legal que debe actualizarse en la medida que sean emitidas nuevas disposiciones aplicables a la empresa.

2) Artículo 2.2.4.6.12. Documentación: Numeral 15 La matriz legal actualizada que contemple las normas del Sistema General de Riesgos Laborales que le aplican a la empresa...

c) **Procedimiento “Desarrollo de la Seguridad y Salud en el Trabajo”** DG-A-P-082 versión 4, Actividad No. 2. Implementar el SG-SST tarea 3 Nota 4: “...Dicha matriz se debe revisar trimestralmente y en caso de ser necesario se actualiza.”

d) **Segunda línea de defensa:** Tiene la responsabilidad de supervisar temas transversales para la entidad y presentar los resultados a la línea Estratégica. Asegura que los procedimientos y actividades

que realiza la primera línea de defensa se estén cumpliendo, y que los controles y la gestión de riesgos de la primera línea de defensa sean apropiados y funcionen correctamente.

e) **MIPG 7ª Dimensión** – Componentes: Actividades de control; Evaluación de riesgos; Monitoreo y supervisión.

1.3. Causa:

Se identifica como posible causa la falta de controles que garanticen el cumplimiento a la actualización de la matriz de requisitos legales en la medida que sean emitidas nuevas normas y/o cambien requisitos.

1.4. Efecto(s):

Se establecieron como posibles efectos, lo siguiente:

a) No ser un factor generador de la gestión del cambio de la seguridad y salud en el trabajo en la entidad.

b) No permitir la implementación de acciones de prevención y promoción para la conservación de la salud de los trabajadores.

c) No contar con medidas de seguridad y salud en el trabajo que, además, puede tener repercusiones de tipo:

1) **Reputacional**: Por afectación de la imagen institucional ante entes de control y autoridades, y perder la confianza de proveedores.

2) **Económico**: Por imposición de sanciones económicas por parte de autoridades y tener un impacto negativo en los recursos presupuestales, contables y financieros de la entidad.

3) **Demandas**: Los trabajadores, proveedores, entre otros pueden interponer demandas, conllevando a sobrecostos a la entidad.

1.5. Evidencia:

a) la matriz entregada por el Grupo Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo de fecha **2024-09-30** presenta inconsistencias en la actualización de requisitos legales, como quiera que:

1) Identifica el Decreto 1443 de 2014 norma compilada y derogada por el Decreto 1072 de 2015.

Mis archivos > AUDITORIA- AI-SCI-10-2024- Auditoría Interna al Proceso de Gestión y Seguridad en el Trabajo > 01-ADMINISTRATIVO > 17

Nombre	Modificado	Modificado...	Tamaño del ar...	Compartir
17 MATRIZ DE ASPECTOS LEGALES 20240930.xlsx	17 de octubre	Lucía Sicacha	274 KB	Compartida

comité Nacional de salud y seguridad trabajo	Decreto 1224	2014	Trabajo	Ministerio del Trabajo	seguros en el ramo de Riesgos Laborales y se dictan otras	empresas seguras			
Sistema de Compensación del SGRL	Decreto 1443	2014	Ministerio del Trabajo	Ministerio del Trabajo	Por la cual se integra el Comité Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo	Comunicados - Directrices	ONGSS		
Acreditación en excelencia SST	Resolución 5350	2022	Ministerio del Trabajo	Ministerio del Trabajo	Por el cual se establece como obligatoria la implementación de un esquema de compensación en el Sistema General de Riesgos Laborales	Por altos costos de siniestralidad	Todas las instalaciones		
					Por la cual se establece el término inicial de doce meses, para que el Ministerio de Trabajo - Dirección de Riesgos Laborales,	Informativo	Todas las áreas		

2) Identifica la Resolución 1016 de 1989. El Decreto 052 de 2017 establece sustituir el Programa de Salud Ocupacional por el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), a partir del 1º de junio de 2017

Programa salud ocupacional	Resolución 1016	1989	Ministerio de Trabajo y Seguridad Social	Art. 1, 3, 4, 5, 6, 8, 16	Organizar, garantizar el funcionamiento y designar los Director Recursos Humanos, físicos y financieros para el PSO. Designar una persona encargada de dirigirlo y coordinarlo. Debe estar documentado, firmado por el representante legal y el encargado de desarrollarlo, contemplar actividades en medicina preventiva, del trabajo, higiene y seguridad industrial y funcionamiento del COPASO, mediante un cronograma, debe mantenerse	Se cuenta con personal capacitado	Todas las áreas
Replantea la Organización,			Ministerio de				

b) La matriz de aspectos legales presentada por la Regional Noroccidente se identificó contiene diferencias a la presentada por el Grupo Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, corresponde a la fecha **2023-09-29**, no contempla nuevos requisitos como la Circular 0012 de febrero 05 de 2024 “Acciones de promoción y prevención en Riesgos Laborales en el marco de los efectos del fenómeno del niño” en

cuanto a sus consideraciones como peligros físicos, Químicos, Psicosocial.

The screenshot displays a software interface for risk management. On the left, there is a table titled 'MATRIZ DE RIESGOS' (Risk Matrix) with columns for 'Nivel de Riesgo' (Risk Level), 'Descripción del Riesgo' (Risk Description), 'Fecha de Evaluación' (Evaluation Date), and 'Estado' (Status). The table is divided into sections for 'Riesgos Identificados' (Identified Risks) and 'Riesgos Evaluados' (Evaluated Risks). On the right, there is a search bar labeled 'Buscar y reemplazar' (Search and replace) with a 'Buscar' (Search) button and a 'Reemplazar' (Replace) button. Below the search bar, there are options for 'Opciones de búsqueda' (Search options) and a 'Buscar' (Search) button.

c) El incumplimiento a la actualización de la matriz legal se identificó en

- 1) Auditoría AI-17-22 No conformidad # 4
- 2) Auditoría AI-04-23 No Conformidad # 2 de 12

Para la vigencia 2021, se registró como oportunidad de mejora su actualización.

1.6. Riesgo Evaluado: (Identificado en mapa de riesgos / no identificado en mapa de riesgos).

El proceso no identifica riesgos y/o establece controles en los riesgos definidos, para la vigencia 2024, relacionados al incumplimiento a la actualización de la matriz legal en la medida que sean emitidas nuevas normas y/o cambien requisitos.

1.7. Respuesta del auditado o unidad auditada (Cuando aplique):

Se acepta el hallazgo, se formulará plan de mejora.

1.8. Análisis y respuesta del auditor (Cuando aplique):

Nota del equipo auditor: El hallazgo es aceptado por los auditados.

HALLAZGO N°05

1.1. Descripción:

Se evidenció en entrevista a la facilitadora en seguridad y salud en el trabajo de la Regional Noroccidente, que para el proceso de Seguridad y Salud en el Trabajo:

- a) No se actualizó la **matriz de identificación de peligros, valoración de riesgos** y de controles, ante la ocurrencia de accidentes graves en la entidad, para cada una de sus sedes: 1) 2023-12-27 Dr. XXXXXXXX, Profesional Universitario Forense de la Seccional Chocó-sede Quibdó. 2) 2024-02-01 Sr. XXXXXXXX, Asistente Forense, de la Regional Noroccidente, Seccional Antioquia-Grupo Regional de Patología.
- b) Que el procedimiento DG-A-P-055 "Investigación y seguimiento de los accidentes e incidentes de trabajo" no contempla la actualización de la matriz y valoración del riesgo antes y después de controles, una vez se establezcan las causas que generaron el accidente,
- c) El procedimiento DG-M-P-016 de "Necropsia medicolegal" no documenta lineamientos sobre trabajo seguro en morgues; este ítem es una recomendación de la ARL tras la ocurrencia de accidente grave en la Regional Noroccidente.
- d) Al visitar el área sede Medellín, área donde se accidentó el señor XXXXXX, se encontró que persisten las condiciones físicas de daño del piso, tanto de su cubierta epóxica, con sitios de acumulación de agua en múltiples zonas de la morgue, incluido el sitio del accidente, la rejilla del cárcamo, que es de un material que favorece la formación de capas que la vuelven lisa. Por lo tanto, las condiciones inseguras que estaban al momento del accidente no muestran una intervención de fondo.
- e) Al visitar la sede de Quibdó, área donde ocurrió el accidente del doctor XXXXXX, se observó reparación del techo y señalización de riesgo de caída, pero se evidenció persiste la gotera en el techo

e igualmente se presentan goteras en otras zonas de la sede, así como techos averiados que facilitan la caída de material de la edificación y de goteras.

Se constituye un incumplimiento a la gestión del cambio, a la actualización de matrices de identificación de peligros y valoración de riesgos, al seguimiento de los riesgos laborales y efectividad de sus controles, así como al monitoreo de la gestión de riesgos y eficacia de los controles establecidos este último asociado al procedimiento institucional código DG-M-P-022.

1.2. Criterio/Requisito:

a) Decreto 1072 de 2015:

1) Artículo 2.2.4.6.32. “El resultado de esta investigación, debe permitir entre otras, las siguientes acciones: 1. Identificar y documentar las deficiencias del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) lo cual debe ser el soporte para la implementación de las acciones preventivas, correctivas y de mejora necesarias;

2) Artículo 2.2.4.6.26.-“ El empleador o contratante debe implementar y mantener un procedimiento para evaluar el impacto sobre la seguridad y salud en el trabajo que puedan generar los cambios internos (introducción de nuevos procesos, cambio en los métodos de trabajo, cambios en instalaciones, entre otros)... “.” Para ello debe realizar la identificación de peligros y la evaluación de riesgos que puedan derivarse de estos cambios y debe adoptar las medidas de prevención y control antes de su implementación” . De la misma manera, debe actualizar el plan de trabajo anual en seguridad y salud en el trabajo.

3) 2.2.4.6.16. 2. La verificación de la identificación de los peligros, evaluación y valoración de los riesgos, la cual debe ser anual, En la identificación de peligros deberá contemplar los cambios de procesos, instalaciones, equipos, maquinarias, entre otros.

4) Artículo 2.2.4.6.8. Obligaciones de los empleadores. El empleador está obligado a la protección de la seguridad y la salud de los trabajadores, acorde con lo establecido en la normatividad vigente. Y en cuanto a los numerales:

a. **Definición de Recursos:** Debe definir y asignar los recursos financieros, técnicos y el personal necesario para el diseño, implementación, revisión evaluación y mejora de las medidas de prevención y control, para la gestión eficaz de los peligros y riesgos en el lugar de trabajo y también, para que los responsables de la seguridad y salud en el trabajo en la empresa, el Comité Paritario o Vigía de Seguridad y Salud en el Trabajo según corresponda, puedan cumplir de manera satisfactoria con sus funciones.

b. **6. Gestión de los Peligros y Riesgos:** Debe adoptar disposiciones efectivas para desarrollar las medidas de identificación de peligros, evaluación y valoración de los riesgos y establecimiento de controles que prevengan daños en la salud de los trabajadores y/o contratistas, en los equipos e instalaciones.

c. **11. Integración:** El empleador debe involucrar los aspectos de Seguridad y Salud en el Trabajo, al conjunto de sistemas de gestión, procesos, procedimientos y decisiones en la empresa.

b) **Resolución 1401 de 2007. Por la cual se reglamenta la investigación de incidentes y accidentes de trabajo. Artículo 4. Obligaciones de los aportantes. Numeral 5.** “Implementar las medidas y acciones correctivas que como producto de la investigación recomienden, el Comité Paritario de Salud Ocupacional” ... “así como la Administradora de Riesgos Profesionales a la que se encuentre afiliado el empleador”.

c) **Segunda línea de defensa:** Tiene la responsabilidad de supervisar temas transversales para la entidad y presentar los resultados a la línea Estratégica. Asegura que los procedimientos y actividades que realiza la primera línea de defensa se estén cumpliendo, y que los controles y la gestión de riesgos de la primera línea de defensa sean apropiados y funcionen correctamente.

d) **MIPG 7ª Dimensión – Componentes:** 1) Ambiente de Control; 3) Actividades de control; 2) Evaluación de riesgos; 5) Actividades de monitoreo.

1.3. Causa:

Se identifica como posible causa la falta evaluación del riesgo antes y después de aplicar controles, como de riesgos que se materializan y la falta de lineamientos documentados para garantizar la actualización de la matriz de peligros ante accidentes graves.

1.4. Efecto(s):

Se identifica como posible efecto no permitir un plan de acción derivado de los accidentes ocurridos, trazable y transversal a todas las sedes, para evitar nuevamente su ocurrencia. Así como la reducción en la efectividad de los controles implementados.

1.5. Evidencia:

- a) Procedimiento DG-A-P-055, Investigación y seguimiento de los accidentes e incidentes de trabajo con sus respectivos formatos y anexos, dispuesto en el aplicativo Isolución.
- b) Procedimiento DG-E-P-025 versión 2. Planificación de los cambios del Sistema Integrado de Gestión. Código DG-E-P-025-F-001
- c) Procedimiento DG-M-P-016 “Necropsia Medicolegal”. Numeral 6. Recursos. Subnumeral 6.2 Logísticos. Numeral 8. Seguridad y Salud en el Trabajo.
- d) Procedimiento DG-E-P-022 “Gestión de riesgos”.
- e) Registros sobre seguimiento accidente grave, realizado por la ARL y la Entidad-Regional Noroccidente: Sr. xxxx:

Punto 5: "Incluir en el procedimiento para trabajo seguro en morgues durante los procedimientos de necropsia, la implementación de señalización..."

Se realizó consulta en el aplicativo de ISOLUCION y no existe ningún procedimiento que incluya la realización de trabajo seguro en las morgues durante los procedimientos de necropsia, para poder incluir la implementación de señalización preventiva, informativa, prohibitiva y de emergencias durante los procesos de necropsias. Sin embargo, se entregó al área de morgue una señal preventiva de piso húmedo para ser utilizada donde se evidencie que el piso se encuentra húmedo y resbaloso.

Con respecto al punto 6, solicito respetuosamente una asesoría de como realizar un análisis de la organización del espacio, elementos, equipos y herramientas vs el flujo normal de los procesos, con el fin de mitigar el riesgo en morgue.

Fuente: Imagen, de apartado del correo del 2024-08-28, obtenido del correo de seguimiento a las recomendaciones de ARL ante accidente del señor xxxx.

f)Matriz de peligros y evaluación de riesgos sede Medellín, determinación del nivel de riesgo: Se evidenció se identifica el peligro, se evalúa el riesgo y establecen las posibles consecuencias, el control se determina con nivel “aceptable”, pero ante la ocurrencia de un accidente grave la respectiva matriz continúa con los mismos controles y mismo nivel del riesgo “aceptable”, lo que no permite visibilizar la gestión del riesgo y valoración de controles.

Nombre	Fecha de modificación	Tipo	Tamaño
ARCHIVO ITAGUI Y BELLO	19/06/2022 6:48 p. m.	Carpeta de archivos	
BODEGA ALMACEN EXTERNA - 2021-04-20	19/06/2022 6:48 p. m.	Carpeta de archivos	
CATERIA	19/06/2022 6:48 p. m.	Carpeta de archivos	
MORGUE ANTRÓPOLOGIA	19/11/2023 1:56 p. m.	Carpeta de archivos	
MORGUE 2022-06-08	16/09/2022 9:42 a. m.	Carpeta de archivos	
RESUMEN DE EVACUACION 24-01-2022	19/06/2022 6:48 p. m.	Carpeta de archivos	
V.B. PUERTO BOYACA	28/11/2022 9:39 a. m.	Carpeta de archivos	

OGAPIBIBIO ANTROPOLOGIA Y PATOLOGIA (1) - Social											Sesión Grupal Noroccidente
Formato de datos											
Estilos											
Celdas											
E											
71											
T											
U											
V											
W											
X											
Y											
Z											
AA											
3	4	M	25	150	I	ACEPTABLE CON CONTROL ESPECIFICO	15	Estreñimiento, mal gusto, accidentes de trabajo	Si		
4	8	M	80	480	I	ACEPTABLE CON CONTROL ESPECIFICO	15	Puente	Si		Visitar a toda la población trabajadora con la vacuna para covid-19. Realizar inspección de seguridad en los lugares y demás medios de transporte covid-19.
3	4	M	25	150	I	ACEPTABLE CON CONTROL ESPECIFICO	15	Lesiones Oritro Musculares (cuello, hombro, dorsal, etc.), Carcinoma, Hernias abdominales, Degeneración de	Si		Realizar estudio de puesto de trabajo. Extender el diseño de los puestos de trabajo. Realizar exámenes médicos de control.
2	18	M	25	450	I	ACEPTABLE CON CONTROL ESPECIFICO	15	Fatiga visual	Si		Realizar estudio de iluminación. Implementar programa de conservación visual. Asegurar implementación del programa de mantenimiento.
3	4	M	80	360	I	ACEPTABLE CON CONTROL ESPECIFICO	15	Quemaduras	Si		Implementar las actividades establecidas en el plan de emergencias. Realizar simulacro de evacuación por incendios.
3	4	M	80	360	I	ACEPTABLE CON CONTROL ESPECIFICO	15	Fracturas	Si		Capacitar en prevención de caídas al mismo nivel. Realizar campañas de prevención de caídas al mismo nivel. Documentar y divulgar estado de seguridad de prevención de caídas al nivel.
3	18	M	25	450	I	ACEPTABLE CON CONTROL ESPECIFICO	15	Electrocución, Caídas-A Equipos, incendio - Puente por liberación ventricular (es la casa del mayor)	Si		Asegurar la implementación del programa de mantenimiento de las instalaciones eléctricas.
2	4	M	25	150	I	ACEPTABLE CON CONTROL ESPECIFICO	15	Estreñimiento, mal gusto, accidentes de trabajo	Si		
4	8	M	80	480	I	ACEPTABLE CON CONTROL ESPECIFICO	15	Puente	Si		Visitar a toda la población trabajadora con la vacuna para covid-19. Realizar inspección de seguridad en los lugares y demás medios de transporte covid-19.
2	4	M	100	100	III	HYORABLE / ACEPTABLE		Lesiones Oritro Musculares (cuello, hombro, dorsal, etc.), Carcinoma, Hernias abdominales, Degeneración de	Si		
3	18	M	25	450	I	ACEPTABLE CON CONTROL ESPECIFICO	15	Fatiga visual	Si		Realizar estudio de iluminación. Implementar programa de conservación visual.

Fuente: Imagen, obtenida durante entrevista a facilitadora de la Regional Noroccidente de SST.

g) Durante entrevista a la facilitadora de SST de la Regional Noroccidente se estableció que la matriz de peligros de la sede Quibdó no cuenta con revisión y actualización como lo establece la Ley, lo anterior si se tiene en cuenta que está sujeta a las actividades de inspección. Para la sede de Quibdó se programó para el 12 de julio de 2024, pero está no se llevó a cabo por situaciones de orden público, no obstante, no se identificó reprogramación para realizar las tareas pendientes que permitan la actualización de la matriz.

h) No se encuentra la matriz que identifique peligros y riesgos asociados a las instalaciones de la sede Quibdó. Se encontró durante la inspección que se presentan múltiples averías en el techo, que facilitan la presencia de goteras, lo anterior puede ocasionar riesgo de caídas. Además, se evidencia la presencia de humedad y hongos.



Fuente: Imágenes tomadas en visita de inspección sede Quibdó: 1) zona del accidente del dr. xxx; 2) presencia de goteras en Oficina de la Dirección Seccional.



Fuente: Imágenes tomadas en visita de inspección sede Quibdó: 3) zona consultorio segundo piso; 4) zona de consultorio de valoración del riesgo segundo piso.

1.6. Riesgo Evaluado: (Identificado en mapa de riesgos / no identificado en mapa de riesgos)

El proceso identificó el riesgo GSST-16 *“Posibilidad de pérdida económica por incumplimiento en la implementación de los requisitos en Seguridad y Salud en el Trabajo auditados por entes de control, debido a la inadecuada e insuficiente identificación de peligros y valoración de riesgos, asimismo, Insuficiente seguimiento a la gestión de actualización de matrices dentro del SG-SST, que pudieran desencadenar en multas o sanciones para la entidad”*. Asociado a la oportunidad de mejora #1180, con calificación de riesgo bajo antes y después de aplicar controles.

1. Se identificó la posible materialización del riesgo GSST-16 asociado con el “Insuficiente seguimiento a la gestión de actualización de matrices dentro del SG-SST” y observó la ineffectividad del control establecido “verifica que las Matrices de peligros y riesgos por proceso se encuentren actualizadas.

Se evidencian debilidades en el monitoreo de los riesgos y efectividad de los de controles por parte de la segunda línea de defensa encargada del seguimiento a los riesgos de la entidad; para el mapa de riesgos institucional debe considerarse su actualización.

1.7. Respuesta del auditado o unidad auditada (Cuando aplique):

Se acepta el hallazgo, se formulará plan de mejora.

1.8. Análisis y respuesta del auditor (Cuando aplique):

Nota del equipo auditor: El hallazgo es aceptado por los auditados.

HALLAZGO N°06.

1.1. Descripción:

En entrevista con los auditados y verificada la documentación aportada por el COPASST-Regional Bogotá, verificación de evidencias durante la visita a la Regional Noroccidente se evidenció que para el proceso de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo:

- La Regional Noroccidente convoca de manera verbal al equipo investigador de los accidentes, según sea el caso, incumplimiento las directrices institucionales para llevar a cabo esta actividad.
- Para el proceso de Seguridad y Salud en el trabajo se identificó que las Regionales Noroccidente y a partir de los registros en actas del COPASST-Regional Bogotá la Regional Bogotá, incumplen el tiempo establecido por la Ley para investigar los accidentes laborales (15 días siguientes a su ocurrencia),
- La Regional Noroccidente incumplió los términos establecidos por la Ley para la remisión en términos de las investigaciones de accidentes graves a la ARL (15 días siguientes a la ocurrencia del

evento), y se remitió al Ministerio de Trabajo – Seccional Antioquia la investigación del accidente grave ocurrido en la seccional Chocó pasados 27 días luego de la ocurrencia de este.

d) Se encontró además en la Regional Noroccidente, que en uno de los reportes de investigación no coinciden las fechas de ocurrencia del evento 2024-01-11 y fecha de investigación 2023-03-1x.

e) Los informes de seguimiento a la accidentalidad de la entidad no permiten establecer si se cumplen o no los tiempos establecidos por la Ley para la investigación de accidentes de trabajo y remisión de los informes de investigación, de accidentes graves a los entes de control, como tampoco el grado de avance en la implementación de las recomendaciones realizadas por el COPASST y a ARL sobre todo ante accidentes graves.

f) El procedimiento institucional DG-A-P-055 Versión 2, para la investigación de accidentes e incidentes laborales no documenta posibles mecanismos para realizar la investigación de accidentes, en los casos en que no es posible contar la participación del trabajador afectado, por las condiciones de salud de este.

Por lo anterior **se constituye un incumplimiento** a la convocatoria del equipo investigador según el criterio establecido en el procedimiento DG-A-P-055 Versión 2, Actividad 2 Programar la investigación, en cuanto a los tiempos establecidos por la Ley para investigar los accidentes y evidencia sobre la comunicación de la convocatoria Comunicación (memorando, oficio, correo), así como a lo preceptuado en la Resolución 1401 de 2007 en cuanto al tiempo (15 días) para investigar y tiempo para remitir las investigaciones a la ARL y Ministerio, en los casos en que aplique. Igualmente se incumplen las responsabilidades de segunda línea de defensa.

1.2. Criterio/Requisito:

a) **Procedimiento DG-A-P-055, versión 2.** Investigación y seguimiento de los accidentes e incidentes de trabajo. **7.4.2. Actividad 2 Programar la investigación.** Tarea 2,3, 4 en este además de manera precisa la nota 2 y tarea 5. **3. Actividad 3: Investigar el accidente o incidente de presunto origen laboral.** Tarea 13

b) Resolución 1401 de 2007:

1) **Artículo 4°. Obligaciones de los aportantes.** Los aportantes definidos en el artículo anterior tienen las siguientes obligaciones: **2.** Investigar todos los incidentes y accidentes de trabajo dentro de los **quince (15) días siguientes a su ocurrencia**, a través del equipo investigador, conforme lo determina la presente resolución. **6.** Proveer los recursos, elementos, bienes y servicios necesarios para implementar las medidas correctivas que resulten de la investigación, a fin de evitar la ocurrencia de eventos similares, las cuales deberán ser parte del cronograma de actividades del Programa de Salud Ocupacional de la empresa, incluyendo responsables y tiempo de ejecución.

2) **Artículo 12. Compromiso de adopción de medidas de intervención.** Enumerar y describir las medidas de intervención que la empresa se compromete a adoptar, para prevenir o evitar la ocurrencia de eventos similares, indicando en cada caso quién (es) es (son) el (los) responsable (s) y cuándo se realizará la intervención.

Además, se deben especificar las medidas que se realizarán en la fuente del riesgo, en el medio ambiente de trabajo y en los trabajadores. Las recomendaciones deben ser prácticas y tener una relación lógica con la causa básica identificada. La empresa implementará las acciones recomendadas, llevará los registros de cumplimiento, verificará la efectividad de las acciones adelantadas y realizará los ajustes que considere necesarios.

3) **Artículo 14. Remisión de investigaciones.** El aportante debe remitir a la Administradora de Riesgos Laborales <https://safetia.co/normatividad/resolucion-1401-de-2007/> a la que se encuentre afiliado, **dentro de los quince (15) días siguientes a la ocurrencia del evento**, el informe de investigación del accidente de trabajo mortal y de los accidentes graves definidos en el artículo 3o de la presente resolución.

c) **Segunda línea de defensa:** Tiene la responsabilidad de supervisar temas transversales para la entidad y presentar los resultados a la línea Estratégica. Asegura que los procedimientos y actividades

que realiza la primera línea de defensa se estén cumpliendo, y que los controles y la gestión de riesgos de la primera línea de defensa sean apropiados y funcionen correctamente.

d) **MIPG 7ª Dimensión** – Componentes: 1) Ambiente de Control; 3) Actividades de control; 2) Evaluación de riesgos; 5) Actividades de monitoreo.

1.3. Causa:

Se identifica como posible causa la falta de controles para garantizar el cumplimiento de la Resolución 1401 de 2007 y procedimiento institucional para la investigación de accidentes e incidentes laborales, así como a las responsabilidades de segunda línea de defensa.

1.4. Efecto(s):

Se identifica que, ante el incumplimiento, la entidad puede verse afecta con posibles sanciones económicas conforme lo contenido en el artículo 13, Ley 1562 de 2012.

1.5. Evidencia:

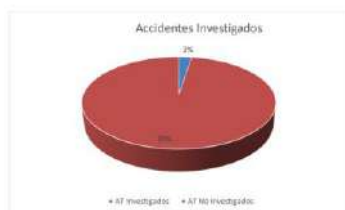
1) En informe del COPASST-Bogotá de fecha 2024-07-21 de la Regional Bogotá e información suministrada por la Regional Noroccidente se identificó que las investigaciones de accidente de trabajo se realizaron por fuera de los plazos máximos legales; para la Regional Noroccidente se evidenció la investigación del accidente ocurrido en la Seccional Chocó a los 21 días de ocurrido el accidente, lo que además incidió para el envío oportuno del informe de investigación de accidente grave (dr. XXXXX) al Ministerio del Trabajo, toda vez que se realizó pasados 27 días de ocurrido el accidente.

2) Se encontraron inconsistencias en la Regional Noroccidente, en la fecha de investigación del accidente 2023-03-1x vs fecha de ocurrencia 2024-01-11.

Unidad Organizacional	Nombre accidentado	Fecha del Accidente	Fecha de la Investigación	No. De días.
Regional Noroccidente - Seccional Chocó	Dr. XXXXXXXXXXXX. (Accidente Grave)	2023-12-27	2024-01-29	21
	Remisión de la investigación de accidente grave (Dr. XXXXXXXX) al Ministerio de Trabajo-Seccional Antioquia	2023-12-27	2024-02-06	27
Regional Bogotá	XXXXXX	2024-06-05	2024-09-09	63
	XXXXXX	2024-02-23	2024-04-10	30
	XXXXXX	2024-03-20	2024-04-23	21
	XXXXXXXXXX	2024-02-20	2024-04-26	45
	Incidente- Personal de Aseo	2024-01-24	2024-04-02	46

Fuente: Listado elaborado a partir de la revisión documental aportada por el GNSST y la Regional Noroccidente.

1. Los informes de seguimiento a la accidentalidad de la entidad no permiten establecer los días de incumplimiento en la investigación de accidentes laborales. Cómo tampoco se realice el seguimiento a las recomendaciones registradas en los informes de investigación por el equipo investigador y los realizados por la ARL.

**Análisis**

De los 39 accidentes de trabajo ocurridos en el primer trimestre se ha realizado 1 investigación que corresponde al 3%, falta por investigar 38 casos que corresponden al 97%.

RECOMENDACIONES**Mantenimiento instalaciones**

- Regional Noroccidente:
- Evaluar superficie de cárcamo de la Morgue Medellín, para evitar caídas a nivel.
- Evaluar estado de escalera de 5 pasos utilizada en Morgue Medellín para fotografías forense

Fuente: Informe de accidental primer trimestre de 2024.

1.6. Riesgo Evaluado: (Identificado en mapa de riesgos / no identificado en mapa de riesgos)

El proceso no identificó un riesgo y/o estableció controles, asociados y al incumplimiento de los términos para la investigación de accidentes de trabajo, remisión de investigaciones a entes de control y ARL.

Teniendo en cuenta lo preceptuado en la Resolución 1401 de 2007 y lo contenido en el artículo 13 Ley 1562 de 2012, se identifica la ineffectividad de controles, por lo que precisa de su análisis y actualización del mapa de riesgos institucional.

1.7. Respuesta del auditado o unidad auditada (Cuando aplique):

Se acepta el hallazgo, se formulará plan de mejora.

1.8. Análisis y respuesta del auditor (Cuando aplique):

Nota del equipo auditor: El hallazgo es aceptado por los auditados.

HALLAZGO °07.**1.1. Descripción:**

Durante la auditoría al proceso de Seguridad y Salud en el Trabajo se identificaron deficiencias en las acciones que permitan dar respuesta a solicitudes realizadas al proceso de SST, no se evidenció se cuenta con un mecanismo trazable que permita responder adecuadamente a las comunicaciones internas y externas relativas a la seguridad y salud en el trabajo oportunamente, y tomar acciones hacia la mejora.

1.2. Criterio/Requisito:

a) Decreto 1072 de 2015:

1. Artículo 2.2.4.6.14. Comunicación. El empleador debe establecer mecanismos eficaces para 1) "... responder adecuadamente a las comunicaciones internas y externas relativas a la seguridad y salud en el trabajo".
2. Artículo 2.2.4.7.5. define el Sistema de Estándares Mínimos como el conjunto de normas, requisitos y procedimientos de obligatorio cumplimiento mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica; de suficiencia patrimonial y financiera; y de capacidad técnico-administrativa, indispensables para el funcionamiento, ejercicio y desarrollo de actividades de los diferentes actores en el Sistema General de Riesgos Laborales, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la atención, prestación, acatamiento de obligaciones, derechos, deberes, funciones y compromisos en SST y riesgos laborales.
3. LEY ESTATUTARIA No. 1751 de 2015 POR MEDIO DE LA CUAL SE REGULA EL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES. Artículo 20 • Naturaleza y

contenido del derecho fundamental a la salud. Artículo 6°. Elementos y principios del derecho fundamental a la salud. a) Disponibilidad...c) Accesibilidad... c) Equidad...d) Continuidad...e) Oportunidad...n) Protección pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras. Artículo 10.

4. **Segunda línea de defensa:** Tiene la responsabilidad de supervisar temas transversales para la entidad y presentar los resultados a la línea Estratégica. Asegura que los procedimientos y actividades que realiza la primera línea de defensa se estén cumpliendo, y que los controles y la gestión de riesgos de la primera línea de defensa sean apropiados y funcionen correctamente.

5. **MIPG 7ª Dimensión – Componentes:** 4) Información y comunicación; 3) Actividades de control; 2) Evaluación de riesgos; 5) Actividades de monitoreo.

1.3. Causa:

Se identificó como posibilidad de no contar con mecanismos trazables y controles sobre la información que maneja el proceso.

1.4 Efecto(s):

Posibilidad se presenten quejas y reclamos a falta de respuestas oportunas. Así como la falta de oportunidad en la prestación asistencial médica para los servidores públicos de la entidad.

1.5. Evidencia:

a) En entrevista con auditados se identificó solicitud realizada por la Regional Noroccidente enviada al GNSST el 19 de marzo de 2024, reiterada el 9 de abril de 2024, a la que el GNSST no le dio respuesta: Se extracta de la solicitud al GNSST de *“Teniendo en cuenta que la accidentalidad en la sala de necropsia está en aumento y en las investigaciones se ha evidenciado que el personal no utiliza el guante de acero inoxidable, solicito respetuosamente revisar la posibilidad de cambiar el guante de protección contra el corte en malla de acero inoxidable, por un guante que tenga protección nivel 5, ambidiestro, que cumpla con la Norma EN1072. Que sea más ergonómico, que permita sujetar con mayor firmeza, se ajuste mejor y que sea resistente al corte”*. En Correo de 9 de abril de 2024 *“Reitero solicitud de revisión de las especificaciones técnicas de los elementos de bioseguridad relacionadas en archivo adjunto y consultadas desde el 19 de marzo de 2024. Lo anterior, obedece a que estos insumos se requieren de manera prioritaria en la Regional Noroccidente y desde el nivel central están solicitando celeridad en los procesos contractuales para esta vigencia.”*

Se encontró, además, al preguntar a la coordinadora del GNSST que esta solicitud no pudo ser ubicada en el correo personal institucional de ella como tampoco en el correo del Grupo, lo que no permite la trazabilidad en la comunicación.

b) En entrevista con auditados y accidentado, revisión de seguimientos en aplicativo de la IPS y correo electrónico, se encontró que la atención del accidente de trabajo del colaborador XXXXX Dirección Seccional Chocó presentó dificultades, porque la aseguradora de riesgos laborales que contrató el INMLCF (ARL Positiva), responsable de brindar la atención integral del colaborador, no facilitó de manera oportuna el traslado entre ciudades y asistencias de transporte en la ciudad de destino al trabajador, debido a que en la ciudad de Quibdó no se cuenta con especialistas para la asistencia específica a dar al accidentado; para la anterior situación no se encontraron registros de las acciones efectivas y/o controles aplicados por el GNSTT, para que no vuelva a suceder esta situación en las diferentes sedes de la Entidad.

c) Se identificaron solicitudes sobre la asistencia y cumplimiento de la ARL Colmena, pero no fue posible establecer las acciones emprendidas para el seguimiento periódico por parte del GNSST para evitar su ocurrencia en las distintas sedes de la entidad.

d) Se identificó a partir de la verificación de solicitudes en el correo de GNSST con la servidora pública a cargo, la queja de funcionarias del Laboratorio de Biología-Regional Bogotá por calidad de

EPP- Guantes con copia a GNSST, evidenciándose no contaba con el seguimiento oportuno por parte del GNSST, el que realizó el 2024-10-29 ante solicitud en el desarrollo de la auditoría por parte de la auditora líder. No fue factible establecer los controles que se aplican para verificar el tratamiento a solicitudes concernientes al “proceso de GSST” y mecanismos para dar respuesta oportuna, en las distintas sedes, entre otras relacionadas con la calidad de EPP:

1.6. Riesgo Evaluado: (Identificado en mapa de riesgos / no identificado en mapa de riesgos)

El proceso identificó el riesgo GSST-17 “Posibilidad de pérdida de imagen por insuficiente presupuesto para la ejecución del Plan Anual de Trabajo, en Seguridad y Salud en el Trabajo debido a una inadecuada planeación, que pudieran desencadenar en multas o sanciones para la entidad”. En el control asociado se encuentra: “El profesional con función de coordinador, revisa.... las responsabilidades...” Se observó que el proceso no identifica como posible causa el insuficiente seguimiento a los mecanismos de comunicación para dar respuesta de manera oportuna a las solicitudes. Se identificó igualmente, que el control asociado, en cuanto a la revisión de responsabilidades, no fue efectivo.

1.7. Respuesta del auditado o unidad auditada (Cuando aplique):

Se acepta el hallazgo, se formulará plan de mejora.

1.8. Análisis y respuesta del auditor (Cuando aplique):

Nota del equipo auditor: El hallazgo es aceptado por los auditados

HALLAZGO N°08

1.1. Descripción:

Se identificó durante la auditoría, inspección y entrevista a los auditados y trabajadores que no se cumple con el suministro oportuno y/o reposición de elementos de protección personal: Guantes anticorte, botas blancas y guantes en cuero de vaqueta, entre otros. La Resolución 000015 de 2023 no documenta lineamientos que orienten sobre la reposición de EPP, por ejemplo, por uso, por tiempo de vida, y/o saturación de sistemas de retención en respiradores, entre otros factores. Se cuenta con fichas técnicas que no están articuladas a procedimientos documentados, son suministradas a demanda y la información no está alineada con la matriz de peligros (controles) como tampoco con el profesiograma de la entidad, este último como elemento direccionador para definir especificaciones técnicas, cuando se requiera. En entrevista a trabajadores de la Regional Noroccidente, se identificó que el suministro de botas no se realiza desde hace aproximadamente 3 años.

1.2. Criterio/Requisito:

- 1) Resolución 000015 de 2023 de 2023-01-12. Suministro de EPP en el INMLCF
- 2) Decreto 1072 de 2015:
 - a. Artículo 2.2.4.6.8. Obligaciones de los empleadores. El empleador está obligado a la protección de la seguridad y la salud de los trabajadores, acorde con lo establecido en la normatividad vigente:
 4. Definición de Recursos: Debe definir y asignar los recursos financieros, técnicos y el personal necesario para el diseño, implementación, revisión evaluación y mejora de las medidas de prevención y control, para la gestión eficaz de los peligros y riesgos en el lugar de trabajo y también, para que los responsables de la seguridad y salud en el trabajo en la empresa, el Comité Paritario o Vigía de Seguridad y Salud en el Trabajo según corresponda, puedan cumplir de manera satisfactoria con sus funciones.
 6. Gestión de los Peligros y Riesgos: Debe adoptar disposiciones efectivas para desarrollar las medidas de identificación de peligros, evaluación y valoración de los riesgos y establecimiento de controles que prevengan daños en la salud de los trabajadores y/o contratistas, en los equipos e instalaciones.

11. Integración: El empleador debe involucrar los aspectos de Seguridad y Salud en el Trabajo, al conjunto de sistemas de gestión, procesos, procedimientos y decisiones en la empresa.

3) Resolución 2400 de 1979.

ARTÍCULO 176. En todos los establecimientos de trabajo en donde los trabajadores estén expuestos a riesgos físicos, mecánicos, químicos, biológicos, etc, los empleadores suministrarán los equipos de protección adecuados, según la naturaleza del riesgo, que reúnan condiciones de seguridad y eficiencia para el usuario.

4) Segunda línea de defensa: Tiene la responsabilidad de supervisar temas transversales para la entidad y presentar los resultados a la línea Estratégica. Asegura que los procedimientos y actividades que realiza la primera línea de defensa se estén cumpliendo, y que los controles y la gestión de riesgos de la primera línea de defensa sean apropiados y funcionen correctamente.

5) **MIPG 7ª Dimensión** – Componentes: 3) Actividades de control; 2) Evaluación de riesgos; 5) Actividades de monitoreo.

1.3. Causa:

Se identifica como posible causa la falta de controles para garantizar el cumplimiento a la adquisición y suministro de EPP, así como la falta de documentación trazable y disponible en los centros de trabajo.

1.4. Efecto (s):

Se identifica la probabilidad se presenten posibles quejas por parte de los trabajadores, así como un aumento en la siniestralidad debido a la falta de EPP acorde a las necesidades identificadas en los centros de trabajo.

1.5. Evidencia:

1) Los accidentes en morgue reportan cortaduras y pinchazos con agujas, sin embargo, los elementos de protección personal solicitados solo se refieren a protección anticorte.



Fuente: Evidencia suministrada por la facilitadora de la Regional Noroccidente durante etapa de ejecución de la auditoría.

2) En la Regional Noroccidente, fue suministrado el informe de inspección de verificación de uso de elementos de protección personal vigencia 2024, pero no se identificó cuenta con fecha y si fue comunicado a los líderes de proceso en la Regional, lo que no permite conocer la trazabilidad de los hallazgos e intervenciones realizadas.



3) En visita al almacén general de la sede central se verificó el suministro de EPP, encontrando que uno de los trabajadores cuenta con guantes en deficientes condiciones lo que no permite la protección frente a las actividades que realiza el trabajador, se identificó que para el proceso no se asegura el recambio por deterioro; se solicitaron los registros de entrega de EPP de este año, encontrando una sola entrega con fecha 2024-05-27, en donde no se evidencia la entrega de guantes para el trabajador.

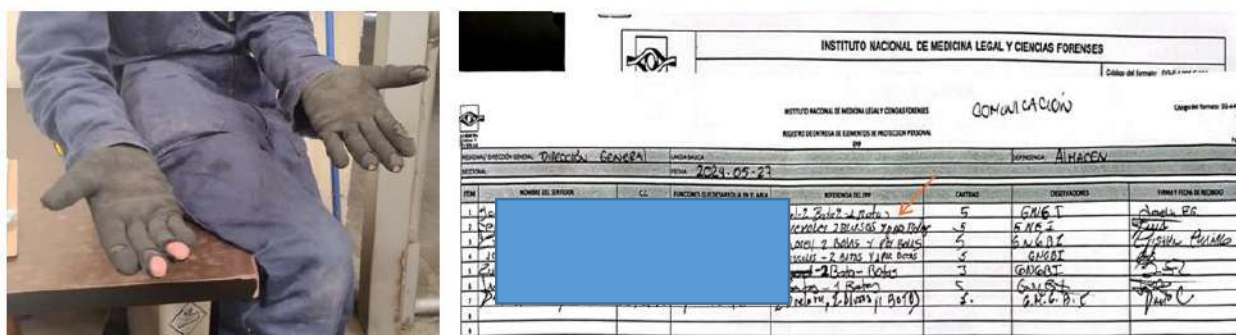


Imagen obtenida a partir de la visita realizada al almacén general.

4) En visita a la Seccional Chocó-Quibdó se encontró un peto con presencia de hongos, botas con presencia de hongos y en otro par de botas. Se evidenció en un par de botas la suela presenta signos de desgaste en el labrado zona del talón, lo que facilita el riesgo de caída. Se evidenció no cuentan con un procedimiento para la descontaminación de botas ni petos.



Fuente: Seccional Chocó: Estado de botas y petos por acción de las condiciones ambientales del lugar (1) (2). Par de botas con signos de desgaste del labrado sobre todo en talón (3).

5) En la Regional Noroccidente sede Medellín, durante el recorrido en la morgue se encuentra al auxiliar de morgue responsable de ese turno y se le solicita su autorización para observar las botas

que está usando y se evidencia que tienen muy avanzado deterioro por el uso, con borrado del labrado en la suela.



Fuente: fotografía tomada al estado de botas de trabajador de la morgue-sede Medellín.

6) A partir del registro de seguimiento a la implementación de recomendaciones realizadas por la ARL ante accidente de trabajo del SR XXXXXXXX caso 2956676 estipulado por ARL como grave, y apartados de respuesta en correo electrónico suministrado por la facilitadora de la Regional Noroccidente, se identificó lo siguiente: "... Así mismo, continuar con el proceso de compra de botas de caña alta en PVC antideslizantes y mejorar las condiciones del piso, para minimizar el riesgo de caída". En Punto 4: "Revisar las características técnicas del calzado..." "Se evidenció que la mayoría de los funcionarios que laboran en la morgue, tienen las botas de caña alta en PVC desgastadas; lo que hace que, puedan resbalar fácilmente en superficies húmedas y lisas".

"Para esta vigencia asignaron \$84.074.978 para la adquisición de vestuario de seguridad y calzado de protección para los funcionarios de la Regional. Se van a comprar 150 pares de botas con las siguientes características: "...Botas de caña alta de color blanco, liviana en PVC, suela antideslizante, forro en polyester, resistente a grasas, sangre, aceites y detergentes. Rango de temperatura de operación -30 y 40 grados centígrados. No debe ser con puntera de acero. Con inhibición de hongo y bacterias. Con curva ergonómica. Con espalín para facilitar el descalce. Debe cumplir con la Norma EN-344-1"... "No se ha adjudicado el contrato, toda vez que este se declaró desierto y toca volver a iniciar los trámites contractuales".

1.6. Riesgo Evaluado: (Identificado en mapa de riesgos / no identificado en mapa de riesgos)

El proceso identificó el riesgo GSST-15 "Posibilidad de pérdida económica.... insuficientes estrategias para la prevención de los accidentes y enfermedades de origen laboral". Pero no estableció controles asociados con el suministro, reposición oportuna de EPP y su uso.

Se requiere verificar el riesgo y ajustar el mapa de riesgos, de ser necesario.

1.7. Respuesta del auditado o unidad auditada (Cuando aplique):

Se acepta el hallazgo, se formulará plan de mejora.

1.8. Análisis y respuesta del auditor (Cuando aplique):

Nota del equipo auditor: El hallazgo es aceptado por los auditados.

HALLAZGO N°09

1.1. Descripción:

Aplicada las técnicas de auditoría no fue posible establecer se gestione la atención a emergencias y actividades conexas de forma planificada, organizada, sistemática y trazable, como tampoco se garantiza la actualización del plan de emergencias, análisis de vulnerabilidad y articulación de otras iniciativas

“plan de continuidad del negocio” en lo que respecta a SST, con extensión a todos los centros de trabajo y no permite el seguimiento a la rendición de cuentas, como lo establece la Entidad. Se identificó la Seccional Chocó no cuenta con plan de emergencias actualizado. Durante la auditoria se solicitó información relevante para establecer el cumplimiento a los requisitos institucionales, pero no fue remitida. Se evidenció la sede de la Regional Noroccidente sedes Medellín y Quibdó no cuentan con planos de evacuación. No se garantiza la reposición oportuna de los insumos de los botiquines. Se constituye un incumplimiento a la prevención y atención a posibles emergencias en la entidad.

1.2. Criterio/Requisito:

1. Resolución 0000368 de 2021-05-21
2. Decreto 1072 de 2015. Artículo 2.2.4.6.25. Prevención, preparación y respuesta ante emergencias. El empleador o contratante debe implementar y mantener las disposiciones necesarias en materia de prevención, preparación y respuesta ante emergencias, con cobertura a todos los centros y turnos de trabajo y todos los trabajadores, independiente de su forma de contratación o vinculación, incluidos contratistas y subcontratistas, así como proveedores y visitantes. Todos los numerales.
3. **Segunda línea de defensa:** Tiene la responsabilidad de supervisar temas transversales para la entidad y presentar los resultados a la línea Estratégica. Asegura que los procedimientos y actividades que realiza la primera línea de defensa se estén cumpliendo, y que los controles y la gestión de riesgos de la primera línea de defensa sean apropiados y funcionen correctamente.
4. **MIPG 7ª Dimensión** – Componentes: 1) Actividades de control; 2) Evaluación de riesgos; 5) Actividades de monitoreo.

1.3. Causa:

Se identifica como posible causa la falta de controles para garantizar el cumplimiento de los requisitos para la prevención y atención a posibles emergencias en la entidad.

1.4. Efecto(s):

No permitir la utilización óptima de recursos para la atención de emergencias, en la magnitud y proporción que puedan presentarse en la entidad, acorde al desarrollo misional del Instituto en las diferentes sedes.

1.5. Evidencia:

1. En entrevista con los auditados se identificó la Seccional Chocó sede Quibdó no cuenta con plan de emergencias actualizado.
2. En visita al edificio de laboratorios y morgue de la sede de Medellín en la Regional Noroccidente se evidenció un gabinete para contrarrestar incendios que no permite abrirse y no cuenta con manguera



Fuente: imagen tomada en edificio de laboratorios y morgue de la sede de Medellín – Regional Noroccidente.

5. En visita a sedes de la Regional Noroccidente: Medellín y Chocó, como a la sede del Almacén General y entrevista con la facilitadora de la Regional Noroccidente, se identificó que los botiquines cuentan con insumos vencidos y en mal estado. En el almacén se identificó fonendoscopio incompleto:

a) Verificado el botiquín de la sede Regional Noroccidente-Quibdó se encontró solución desinfectante en

gel vencido (3), cloruro de sodio al 0.9% vencido (2) y paquete calor frío (1) en estado de deterioro.



Fuente: Fotografías tomadas al botiquín Regional Noroccidente – Sede Quibdó.

b) En el Almacén General, segundo piso al verificar uno de los botiquines se encontró el fonendoscopio incompleto (falta de manguera).



Fuente: Fotografía tomadas al tensiómetro incompleto que se encuentra en el Almacén General segundo piso.

6. En el edificio antiguo de la Regional Noroccidente sede de Medellín, se encontró la salida de emergencias obstruida, que conduce al exterior en donde se encuentra instalaciones de una funeraria y cementerio, y señalización de salida de emergencias que conduce a oficina de clínica y psiquiatría de la Regional Noroccidente. Se informó por parte del Coordinador Administrativo y Financiero de la Regional Noroccidente que, este punto demarcado, no era considerado como salida de emergencia no obstante se encontró en el desarrollo de la auditoría dicha señalización.



Fuente: Fotografía tomada al punto señalado como salida de emergencia en el antiguo edificio de la Sede Medellín de la Regional Noroccidente, que conduce al exterior en donde se encuentra instalaciones de una funeraria y conduce a cementerio.

1.6. Riesgo Evaluado: (Identificado en mapa de riesgos / no identificado en mapa de riesgos)

El proceso no identificó un riesgo asociado al cumplimiento de la implementación y actualización de planes de emergencias.

1.7. Respuesta del auditado o unidad auditada (Cuando aplique):

Se acepta el hallazgo, se formulará plan de mejora.

1.8. Análisis y respuesta del auditor (Cuando aplique):

Nota del equipo auditor: El hallazgo es aceptado por los auditados.

HALLAZGO 10.**1.1 Descripción:**

Para el Proceso de Seguridad y Salud en el Trabajo – Gestión del Riesgo Psicosocial, se evidenció que el porcentaje de ejecución de actividades propuestas para cada Regional muestra una unidad organizacional con muy baja ejecución de los procesos de intervención del Riesgo Psicosocial, para los grupos prioritarios coordinados con cada una de ellas, lo que puede afectar el cumplimiento de lo establecido en la normatividad e iniciativa estratégica determinada por la entidad para el proceso para el período 2023-2026. Se reporta que en el SVE psicosocial hay dificultad para la asistencia de los colaboradores que hacen parte de SVE a las actividades específicas, solo se encuentran invitaciones reiteradas para la asistencia del personal renuente a participar en las actividades programadas por salud mental, pero no se evidencian otras acciones desde el proceso y/o institucionales para garantizar la asistencia a las actividades programadas; no se evidencia la articulación entre SST y la Alta Dirección para impulsar la consecución de estas actividades que hacen parte de las iniciativas estratégicas de la entidad.

1.2. Criterio/Requisito:

- a) Resolución 2646 de 2008, ARTÍCULO 1, 7, 12; capítulo III art 13 num 1,2,3,6,7 y 9; art.14 num 2.1, 2.2; art 17.
- b) Decreto 1072 de 2015
- 1. 2.2.4.6.24. PARÁGRAFO 3. El empleador debe desarrollar acciones de vigilancia de la salud de los trabajadores mediante las evaluaciones médicas de ingreso, periódicas, retiro y los programas de vigilancia epidemiológica, con el propósito de identificar precozmente efectos hacia la salud derivados de los ambientes de trabajo y evaluar la eficacia de las medidas de prevención y control...
- 2. Artículo 2.2.4.6.31. Revisión por la Alta Dirección. 15. Establecer el cumplimiento de planes específicos, de las metas establecidas y de los objetivos propuestos. 23. Identificar deficiencias en la gestión de la seguridad y salud en el trabajo.
- c) Plan estratégico institucional 2023-2026. Iniciativa estratégica 16." Prevenir la materialización del riesgo psicosocial".
https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/918845/Plan_Estrategico_2023-2026.pdf
- d) **Segunda línea de defensa:** Tiene la responsabilidad de supervisar temas transversales para la entidad y presentar los resultados a la línea Estratégica. Asegura que los procedimientos y actividades que realiza la primera línea de defensa se estén cumpliendo, y que los controles y la gestión de riesgos de la primera línea de defensa sean apropiados y funcionen correctamente.
- e) **MIPG 7ª Dimensión** – Componentes: 3) Actividades de control; 2) Evaluación de riesgos; 5) Actividades de monitoreo.

1.5. Evidencia:

- a) En entrevista con el encargado de Riesgo Psicosocial se evidenció a la fecha el bajo cumplimiento del programa de intervención en riesgo psicosocial por parte de una de las Regionales.



REGIONAL	PORCENTAJE EJECUCIÓN
NIVEL CENTRAL	97%
BOGOTÁ	35%
NOROCCIDENTE	88%
NORORIENTE	100%
NORTE	100%
OCCIDENTE	90%
ORIENTE	70%
SUR	87%
SUROCCIDNETE	90%

Fuente: Evidencia enviada en 2024-10-18, por responsable de Riesgo Psicosocial para el proceso de Seguridad y Salud en el Trabajo.

b) Informe de verificación de resultados e impacto del SVE de riesgo psicosocial 2023 (2023-12-21) en donde se identificó: “En seguimiento a casos blancos realizados a servidores INMLCF resaltamos que las dimensiones con mayor afectación manifestadas fueron DEMANDAS EMOCIONALES, DEMANDAS AMBIENTALES, ESFUERZO FISICO Y CARACTERISTICAS DEL LIDERAZGO.

1.6. Riesgo Evaluado: (Identificado en mapa de riesgos / no identificado en mapa de riesgos)

El proceso identificó el riesgo GSST-15 “Posibilidad de pérdida económica, ... insuficientes estrategias para la prevención de los accidentes y enfermedades de origen laboral”, pero no estableció controles asociados a garantizar la ejecución del programa de intervención en riesgo psicosocial.

Se requiere de la revisión del riesgo y ajuste al mapa de riesgos institucional de ser necesario.

1.7. Respuesta del auditado o unidad auditada (Cuando aplique):

Se acepta el hallazgo, se formulará plan de mejora.

1.8. Análisis y respuesta del auditor (Cuando aplique):

Nota del equipo auditor: El hallazgo es aceptado por los auditados.

HALLAZGO N°11.

1.1. Descripción:

En diferentes actividades de SST se tiene acceso y se conserva la historia clínica de los colaboradores, no se evidenció la existencia del respectivo consentimiento informado, firmado, autorizando al INML para tener conocimiento de la historia clínica, la cual está sometida a reserva, esto genera un riesgo por incumplimiento a la norma de manejo de historia clínica de los trabajadores. Se evidenció a partir de la entrevista a la facilitadora de la Regional Noroccidente que puede tener acceso a información de las historias clínicas de los trabajadores, cuando ellos mismos entregan documentación, a partir de la información allegada por las IPS como parte de los seguimientos a enfermedades, como también en el apoyo para el desarrollo de mesas laborales en la Regional, sin que exista consentimiento informado firmado por el trabajador.

1.2. Criterio/Requisito:

1) RESOLUCIÓN 2346 DE 2007(Julio 11) “Por la cual se regula la práctica de evaluaciones médicas ocupacionales y el manejo y contenido de las historias clínicas ocupacionales” en su Capítulo III relativo a la Historia Clínica Ocupacional, define:

“Artículo 14. HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL. La historia clínica ocupacional es el conjunto único de documentos privados, obligatorios y sometidos a reserva...

PARÁGRAFO. La historia clínica ocupacional forma parte de la historia clínica general, por lo que le son aplicables las disposiciones que a esta la regulan.”

2) ARTÍCULO 16. RESERVA DE LA HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL. “La historia clínica ocupacional y en general, los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicas que allí reposen son estrictamente confidenciales y hacen parte de la reserva profesional; por lo tanto, no podrán comunicarse o darse a conocer, salvo los siguientes casos:”, que establece en su PARÁGRAFO. “En ningún caso, el empleador podrá tener acceso a la historia clínica ocupacional”.

1.3. Causa:

Se identifica como posible causa la falta de controles: consentimiento informado para el manejo y acceso a la información de historias clínicas en la entidad, que garantice la confidencialidad y reserva de la historia clínica y los datos que hacen parte de ella.

1.4. Efecto(s):

Se identifica como posible efecto se presenten quejas, reclamos por parte de los trabajadores.

1.5. Evidencia:

Entrevista con el área médica del proceso de SST y facilitadora en SST Regional Noroccidente.

1.6. Riesgo Evaluado: (Identificado en mapa de riesgos / no identificado en mapa de riesgos)

El proceso identificó el riesgo de corrupción GSST-14 asociado a Posibilidad de pérdida de información o de la historia clínica laboral para beneficio propio o de un tercero; pero no estableció un control asociado al consentimiento informado, autorizando al INML para tener conocimiento de la historia clínica.

1.7. Respuesta del auditado o unidad auditada (Cuando aplique):

Se acepta el hallazgo, se formulará plan de mejora.

1.8. Análisis y respuesta del auditor (Cuando aplique):

Nota del equipo auditor: El hallazgo es aceptado por los auditados.

HALLAZGO N°12.

1.1. Descripción:

Para el Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo no se garantiza la gestión de los riesgos en la magnitud y proporción acorde al desarrollo de las actividades en los centros de trabajo, como tampoco establecer el seguimiento a los controles y no asegura la intervención para la minimización de los riesgos, como lo establece la Entidad. No se evidencia procedimiento estandarizado para trabajo seguro en morgue, manual o similar que incluya además las actividades de movilización de las bandejas con cadáveres, que se encuentran a nivel del piso ni para los que se están en los estantes del cuarto frío, en especial para las actividades que requieren movilización de cargas por fuera de los ángulos de confort en estos ambientes fríos, para prevenir lesiones osteomusculares. Se identificó en entrevista con el encargado de Higiene y Seguridad que el análisis de los resultados de dosimetría realizado por el GNSTT para la Regional Noroccidente, reporta estar dentro de los límites, no obstante, presenta inconsistencias que no hace parte del respectivo informe. Se observó no se han establecido protocolos de bioseguridad debido a las condiciones de trabajo evidenciadas como tampoco se gestionan los olores a partir del desarrollo de actividades del proceso de servicio pericial-Laboratorio de Antropología.

1.2. Criterio/Requisito:

1) Decreto No. 1072 de 2015

a. Artículo 2.2.4.6.2 Definiciones. Numeral 12. Condiciones y medio ambiente de trabajo: Aquellos elementos, agentes o factores que tienen influencia significativa en la generación de riesgos para la seguridad y salud de los trabajadores quedan específicamente incluidos en esta definición, entre otros: a) Las características generales de los locales, instalaciones, máquinas, equipos, herramientas, materias primas, productos y demás útiles existentes en el lugar de trabajo; b) Los agentes físicos, químicos y

biológicos presentes en el ambiente de trabajo y sus correspondientes intensidades, concentraciones o niveles de presencia; c) Los procedimientos para la utilización de los agentes citados en el apartado anterior, que influyan en la generación de riesgos para los trabajadores y; d) La organización y ordenamiento de las labores, incluidos los factores ergonómicos o biomecánicos y psicosociales.

b. Artículo.2.4.6.16. 2. verificación de la identificación de los peligros, evaluación y valoración de los riesgos, la cual debe ser anual, En la identificación de peligros deberá contemplar los cambios de procesos, instalaciones, equipos, maquinarias, entre otros.

c. Artículo 2.2.4.6.3. Seguridad y salud en el trabajo (SST). La Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) es la disciplina que trata de la prevención de las lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo, y de la protección y promoción de la salud de los trabajadores. Tiene por objeto mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo, así como la salud en el trabajo, que conlleva la promoción y el mantenimiento del bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las ocupaciones.

d. Artículo 2.2.4.2.5.12. Obligaciones a cargo de las administradoras de riesgos laborales. Las administradoras de riesgos laborales deberán implementar y desarrollar a favor de las personas a quienes aplica la presente sección, las actividades establecidas en el Decreto- ley 1295 de 1994, en la Ley 1562 de 2012 y en las demás normas vigentes sobre la materia que por su naturaleza les sean aplicables, entre otras: [...] 13. Asesorar en la adecuación de puestos de trabajo, maquinaria, equipos, herramientas y elementos de protección personal para el desarrollo de la ocupación u oficio del afiliado.

e. Artículo 2.2.4.6.8 Obligaciones empleadores. Numeral 6 Gestión de los Peligros y Riesgos: Debe adoptar disposiciones efectivas para desarrollar las medidas de identificación de peligros, evaluación y valoración de los riesgos y establecimiento de controles que prevengan daños en la salud de los trabajadores y/o contratistas, en los equipos e instalaciones.

f. Artículo 2.2.4.6.10 Numeral 3 Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa;

g. Artículo 2.2.4.6.11 Capacitación en Seguridad y Salud en el Trabajo (SST). Parágrafo 2°. El empleador proporcionará a todo trabajador que ingrese por primera vez a la empresa, independiente de su forma de contratación y vinculación y de manera previa al inicio de sus labores, una inducción en los aspectos generales y específicos de las actividades a realizar, que incluya entre otros, la identificación y el control de peligros y riesgos en su trabajo y la prevención de accidentes de trabajo y enfermedades laborales.

h. Artículo 2.2.4.6.15. Identificación de peligros, evaluación y valoración de los riesgos. “El empleador o contratante debe aplicar una metodología que sea sistemática, que tenga alcance sobre todos los procesos y actividades rutinarias y no rutinarias internas o externas, máquinas y equipos, todos los centros de trabajo...” “...con el fin que pueda priorizarlos y establecer los controles necesarios...”

i. Artículo 2.2.4.6.24. Medidas de prevención y control. Las medidas de prevención y control deben adoptarse con base en el análisis de pertinencia, teniendo en cuenta el siguiente esquema de jerarquización: 3) Controles de Ingeniería: Medidas técnicas para el control del peligro/riesgo en su origen (fuente) o en el medio, tales como el confinamiento (encerramiento) de un peligro o un proceso de trabajo, aislamiento de un proceso peligroso o del trabajador y la ventilación (general y localizada), entre otros.

2) **Resolución 773 de 2021 Sistema globalmente armonizado.**

a) **Artículo 21: Obligaciones de los empleadores.** Corresponde a los empleadores adelantar las siguientes acciones:

b) Artículo 16. Fichas de Datos de Seguridad — FDS. las que deberán estar dispuestas los lugares de trabajo donde se utilicen y almacenen productos químicos, y contar con los elementos definidos por el anexo 4

c) Artículo 24. Transición. La implementación del SGA se realizará de la siguiente manera:

24.1 En un plazo máximo de 24 meses contados a partir de la expedición de la presente resolución para las sustancias químicas puras y soluciones diluidas.

24.2 En un plazo máximo de 36 meses contados a partir de la expedición de la presente resolución para las mezclas.

7. Ley 9 de 1979. por la cual se dictan Medidas Sanitarias. Título III Salud Ocupacional. Entre otros:

- a) Artículo 84. Sobre obligaciones del empleador.
- b) Artículo 84. Sobre obligaciones del trabajador.
- c) Artículo 98. En todo lugar de trabajo en que se empleen procedimientos, equipos, máquinas, materiales o sustancias que den origen a condiciones ambientales que puedan afectar la salud y seguridad de los trabajadores o su capacidad normal de trabajo, deberán adoptarse las medidas de higiene y seguridad necesarias para controlar en forma efectiva los agentes nocivos, y aplicarse los procedimientos de prevención y control correspondiente.

De los agentes químicos y Biológicos:

- d) Artículo 101. En todos los lugares de trabajo se adoptarán las medidas necesarias para evitar la presencia de agentes químicos y biológicos en el aire con concentraciones, cantidades o niveles tales que representen riesgos para la salud y el bienestar de los trabajadores o de la población en general.

8. **Resolución 2400 de 1979 “Por la cual se establecen algunas disposiciones sobre vivienda, higiene y seguridad en los establecimientos de trabajo”. Entre otros:**

- a) Artículo 3. Son obligaciones de los trabajadores b) Utilizar y mantener adecuadamente las instalaciones de la Empresa, los elementos de trabajo, los dispositivos para control de riesgos y los equipos de protección personal que el empleador <https://safetia.co/normatividad/resolucion-2400-de-1979/> suministre, y conservar el orden y aseo en los lugares de trabajo.

- b) Artículo 7°. “... Se debe proporcionar la ventilación necesaria para mantener aire limpio y fresco en forma permanente.”.

- c) Artículo 78. LOS SISTEMAS DE VENTILACIÓN SE MANTENDRÁN EN TODO MOMENTO EN CONDICIONES DE PERFECTO FUNCIONAMIENTO. Los colectores que retienen las sustancias molestas o nocivas y que evitan su dispersión en la atmósfera general, serán descargados o renovados con la frecuencia debida para lograr una buena operación. Los materiales recogidos en los colectores se dispondrán de tal manera, que no constituyan peligro para la salud del personal.

- d) Artículo 121. Todas las instalaciones, máquinas, aparatos y equipos eléctricos, serán construidos, instalados, protegidos, aislados y conservados, de tal manera que se eviten los riesgos de contacto accidental con los elementos bajo tensión (diferencia de potencial) y los peligros de incendio.

- e) Artículo 125. En los sistemas eléctricos, las instalaciones deberán estar protegidas contra toda clase de rozamiento o impacto; las paredes al descubierto de los circuitos y equipos eléctricos estarán resguardados de contactos accidentales. Se evitará la presencia de cables dispersos en el piso y zonas de trabajo para evitar deterioro y riesgos de cortos circuitos y accidentes a los trabajadores.

- f) Artículo 159. La limpieza general en estos lugares de trabajo deberá ser minuciosa, para evitar la acumulación de polvos, pastas, etc., especialmente en las máquinas en movimiento o con vibración. Se deberá evitar la acumulación de polvo en las vigas, armaduras, paredes, umbrales, ventanas, etc.; para el aseo de los pisos se usarán sistemas de aspiración o lavado con agua corriente.

- g) Artículo 165. En todos los establecimientos de trabajo en donde se manejen o procesen productos de origen animal, vegetal, productos biológicos y tóxicos, los patronos estarán obligados a tomar todas las medidas necesarias para impedir la propagación o exposición de los agentes biológicos y tóxicos, nocivos para la salud de los trabajadores.

- h) Artículo 170. En todos los establecimientos de trabajo se suministrará a los trabajadores ropa de trabajo adecuada según los riesgos a que estén expuestos, y de acuerdo a la naturaleza del trabajo que se realice.

- i) Artículo 176. En todos los establecimientos de trabajo en donde los trabajadores estén expuestos a riesgos físicos, mecánicos, químicos, biológicos, etc, los empleadores1 suministrarán los equipos de protección adecuados, según la naturaleza del riesgo, que reúnan condiciones de seguridad y eficiencia para el usuario.

- j) Artículo 207. Todo establecimiento de trabajo, local o lugar de trabajo, en el cual exista riesgo potencial de incendio, dispondrá además de las puertas de entrada y salida de "Salidas de emergencia" suficientes

y convenientemente distribuidas para caso de incendio. Estas puertas como las ventanas deberán abrirse hacia el exterior y estarán libres de obstáculos.

k) Artículo 211. Se tomarán las medidas necesarias para evitar escapes de líquidos inflamables hacia los sótanos, sumideros, o desagües, como también la formación de mezclas explosivas o inflamables de vapores y aire.

l) Artículo 212. Las sustancias químicas que puedan reaccionar juntas y expeler emanaciones peligrosas o causar incendios o explosiones, serán almacenadas separadamente unas de otras.

m) Artículo 215. En los locales de trabajo donde se trasieguen, manipulen o almacenen líquidos o sustancias inflamables, la iluminación de lámparas, linternas y cualquier extensión eléctrica que sea necesario utilizar, serán a prueba de explosión.

n) Artículo 218. Los locales de trabajo, los pasillos y patios alrededor de las edificaciones, los patios de almacenamiento y lugares similares deberán mantenerse libres de basuras, desperdicios y otros elementos susceptibles de encenderse con facilidad.

o) Artículo 220. Todo establecimiento de trabajo deberá contar con extinguidores de incendio, de tipo adecuado a los materiales usados y a la clase de riesgo. El equipo que se disponga para combatir incendios deberá mantenerse en perfecto estado de conservación y funcionamiento, y serán revisados como mínimo una vez al año.

p) Artículo 234. En todos los establecimientos de trabajo se tendrán en cuenta las siguientes consideraciones respecto a las salidas de escape o de emergencia: e) El acceso a las salidas de emergencia siempre deberán mantenerse sin obstrucciones.

9. Resolución 4272 de 2021 Trabajo en Alturas.

a) Artículo 16. Sistemas de acceso para trabajo en alturas

1. Deben ser certificados acordes al estándar específico aplicable para el sistema de acceso seleccionado y el fabricante debe proveer información en español, sobre las principales características del sistema, un manual y/o catálogo de partes con sus características de ingeniería, recomendaciones de almacenamiento, mantenimiento, inspección y medidas de seguridad en su arme y desarme (cuando aplique), uso y operación.

2. Ser inspeccionados debidamente conforme a lo regulado en el Decreto 1072 de 2015 o la norma que lo modifique o sustituya.

7. "Todo sistema de acceso debe garantizar la resistencia en todos sus componentes a las cargas con un factor de seguridad, que garantice la seguridad de la operación, de acuerdo con la máxima fuerza a soportar, cumpliendo con los criterios mínimos de auto estabilidad y auto soportabilidad..."

10. Se debe tener una hoja de vida de ... escaleras... donde estén consignados como mínimo los datos de: marca, serial, fecha de fabricación, tiempo de vida útil, historial de uso, registros de inspección, registros de mantenimiento, ficha técnica, certificación del fabricante y observaciones

b) Artículo 26. Plan de emergencias. Artículo 26. Plan de emergencias. "Todo empleador y/o contratante que dentro de sus riesgos cotidianos tenga incluido el de caída por trabajo en alturas, debe incluir dentro del plan de prevención, preparación y respuesta ante emergencias establecido en el numeral 12 del artículo 2.2.4.6.12 y el artículo 2.2.4.6.25 del Decreto 1072 de 2015, un capítulo escrito de trabajo en alturas que debe ser practicado y verificado..."

10. Proceso #SAMC-0003-SG-2023, contrato #0068-SG-2023, estudios previos #2.2.3.3 obligaciones del instituto # 2.4.6 Supervisión.

11. Resolución 000454 de 2021-06-30 "Por la cual se adopta el Manual de Contratación del INMCLF"

12. **Segunda línea de defensa:** Tiene la responsabilidad de supervisar temas transversales para la entidad y presentar los resultados a la línea Estratégica. Asegura que los procedimientos y actividades que realiza la primera línea de defensa se estén cumpliendo, y que los controles y la gestión de riesgos de la primera línea de defensa sean apropiados y funcionen correctamente.

MIPG 7ª Dimensión – Componentes: 3) Actividades de control; 2) Evaluación de riesgo; 5) Actividades

de monitoreo

1.3. Causa:

Se identifica como posible causa la falta de realización de inspecciones planeadas y no planeadas, y la verificación de los resultados con alcance a todas las sedes. La falta de aplicación de controles como de seguimiento a la gestión en SST para la entidad.

1.4. Efecto(s):

Posibles condiciones inseguras de trabajo que pueden ocasionar accidentes y enfermedades. Se debe tener en cuenta que, debido a una de esas condiciones (de piso y de EPP-botas), se produjeron para el período de la auditoría, dos accidentes catalogados como graves por parte de las ARL (Positiva y Colmena).

1.5. Evidencia:

a) Durante el recorrido en la morgue se observa que hay una varilla metálica (1), con la punta curvada en cada uno de sus extremos, colgada de un extintor, y se pregunta sobre su uso y el auxiliar de morgue informa que corresponde a la herramienta usada para halar las bandejas de los cadáveres. Se le pregunta cómo usa esa herramienta y muestra la nevera donde están las bandejas para explicar su uso, pero al abrir la nevera se identificó que este espacio no tiene iluminación eléctrica (3), el servidor indica que hay daño en el sistema eléctrico, esta situación favorece la accidentalidad por baja visibilidad al trabajar dentro de ella o que se presenten accidentes por deslumbramiento al salir de ella. Adicionalmente, durante esta observación, el colaborador muestra las bandejas donde se dejan los cadáveres dentro del cuarto frío y se encuentra que la altura para el manejo de estas bandejas obliga a superar los 90 grados de extensión para su manipulación (2), lo que, sumado a trabajo en temperaturas frías, el peso de los cadáveres y la edad del auxiliar de morgue, puede favorecer la presencia de lesiones de hombro.



Fuente: Fotografía OFCI Fotografía tomada durante visita de inspección AI-SCI-10-2024 Imagen 1-Varilla para halar bandeja de cadáveres. 2- Postura empleada por el trabajador para manipular bandejas con cadáveres.3- nevera de almacenamiento de cuerpos.

3) Trabajo en alturas

Durante la visita al almacén con el acompañamiento del encargado de SST-Higiene y Seguridad Industrial y entrevista a los servidores públicos del almacén se identificó:

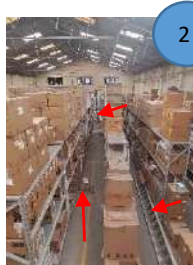
a) Se emplean ayudas mecánicas para el manejo de cargas, no obstante, solo uno de cuatro trabajadores del área de almacenamiento dice contar con capacitación por parte del proveedor para el manejo seguro de esta ayuda mecánica: Gato estibador, pero no cuenta con el respectivo registro de la capacitación. Los demás trabajadores no cuentan con la debida capacitación para operar el gato estibador.



Fuente: Fotografía OFCI Fotografía tomada durante visita de inspección AI-SCI-10-2024 Gato estibador empleado como ayuda mecánica para el manejo de cargas.

b) En cuanto a escaleras y barandas, se evidenció:

1) **Almacén General:** Durante la visita se encontró la presencia de sistemas de acceso para trabajo en alturas: escalera en madera (1), que de acuerdo a respuesta de auditados no es utilizada, pero no ha sido dada de baja por el almacén general. Se observan escaleras dispuestas en los pasillos obstaculizando la entrada-salida de dicha área (2), como la presencia de escaleras para acceder al altillo, que dado el material y aunado a que no cuenta con baranda en ambos costados puede generar caída (3). Las barandas metálicas de seguridad instaladas en el altillo para cargue y descargue de inventarios, no cuenta con sistema de seguridad para la sujeción de la puerta. Verificado el plan de prevención, preparación y respuesta ante emergencias del Grupo Nacional de Gestión de Bienes e Inventarios - septiembre de 2024, se observó no cuenta con un capítulo escrito de trabajo en alturas como lo establece la Ley. Se pudo constatar durante la entrevista las escaleras no cuentan con hoja de vida como tampoco de certificación para su uso.



Fuente: Fotografía OFCI tomada durante visita de inspección AI-SCI-10-2024: 1) Escalera de madera dispuesta en zona operativa de bienes e inventarios 2. Escalera ubicada en el pasillo de zona de almacenamiento. 3) escaleras altillo de la bodega de bienes e inventarios, no cuenta doble baranda que permita ascenso-descenso seguro de la zona. 4) altillo con sistema de baranda para cargue-descargue de inventarios que no cuenta con sistema de seguridad para la sujeción de la puerta.

2) **Gestión documental sede Veraguas (Bogotá):** En entrevista con el encargado de Higiene y Seguridad, se evidenció existe una escalera en la bodega para disponer cajas en estantes superiores que no cuenta con hoja de vida ni certificación de esta.



Fuente: Fotografía OFCI tomada durante visita de inspección AI-SCI-10-2024: 1) Escalera para el manejo de cajas con documentos no cuenta con hoja de vida ni certificación.

3) **Seccional Chocó – Sede Quibdó:**

Durante la visita a la Seccional se evidenciaron escaleras ubicadas en pasillo al costado del servidor de TICs y del consultorio de psicología, que no cuentan con ningún tipo de sujeción o anclaje, como tampoco certificación ni hoja de vida como lo indica la norma.



Fuente: Fotografía OFCI de escaleras, tomada durante visita de inspección a la Seccional Chocó-Sede Quibdó en el marco de la auditoría AI-SCI-10-2024.

En entrevista con el encargo de Higiene y Seguridad Industrial se estableció las escaleras no cuentan con certificación ni hojas de vida. Así mismo, solo una persona cuenta con el curso para otorgar permiso de trabajo en alturas en el nivel central, es decir estaría a cargo de otorgar permiso para el almacén general, el archivo (sede Veraguas), Grupo de mantenimiento y Grupo de servicios técnicos, cuando se requiera, además de adelantar las funciones propias en Higiene y Seguridad Industrial en el GNSST. Se observó además que para el proceso de Seguridad y Salud en el Trabajo no se priorizaron los cursos para trabajo en alturas solicitados para la vigencia 2024, lo que no permite que la población objeto establecida para recibir el curso, cumpla con los requisitos necesarios para trabajo en alturas.



Fuente: Evidencia de correo electrónico con información acerca de la programación de cursos en alturas para la vigencia 2024, suministrada por los auditados en la fase de ejecución de la auditoría.

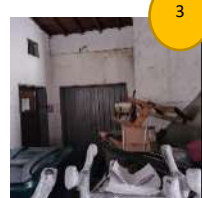
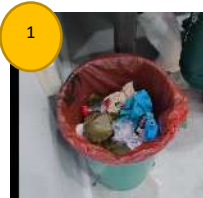
Durante la entrevista se evidenció además que no se ha documentado en su totalidad como lo establece la Ley el programa de prevención y protección contra caídas de alturas; la evidencia aportada permitió identificar un borrador del documento que no está codificado, no tiene fecha de vigencia ni se encuentra en flujo documental del SIG para su creación como lo establece la entidad.

	PROGRAMA	Código:
	PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS DE ALTURAS	Versión: 1
		Fecha de Vigencia:

Fuente: Evidencia suministrada por los auditados en el desarrollo de la auditoría.

4) Condiciones de trabajo.

a) **Regional Noroccidente:** durante la visita de inspección a la sede Medellín con el facilitador en seguridad y salud en el trabajo, se evidenció la disposición de alimentos en las canecas de residuos del cuarto habilitado para los asistentes forenses a la salida vehicular de la morgue (1) y en la ubicada cerca a la nevera de almacenamiento de cadáveres (1.1). En el baño de hombres de la morgue se observó la presencia una silla con el travesaño horizontal roto (2) e igualmente una silla, en similares condiciones, en el Laboratorio de Antropología- antigua morgue con el travesaño dañado y atado con una cuerda, condiciones que facilitan el riesgo de caída de los trabajadores durante el uso de estas. Así mismo se evidenció al costado izquierdo a la entrada del Laboratorio de Antropología-antigua morgue un cuchillo en el piso (5), en el costado derecho la disposición de sillas nuevas (5) compatibles con las instaladas en la sala para atender a usuarios al lado de la portería, una nevera y otros muebles (3)(6) que de acuerdo a lo informado por los auditados corresponde a elementos para dar de baja; lo anterior además de obstruir la salida de dicho espacio no cuenta con la debida disposición para darle orden al lugar. Al ingresar al Laboratorio de Antropología se evidencia sobre la superficie de madera una tapa plástica con una vela derretida (7) lo que puede generar una condición insegura para el lugar cuando se utilice la vela, se evidencia además que las vías de acceso y espacios para caminar al interior en su mayoría están obstruidas, lo que puede ocasionar accidente de caída. En el almacén de la sede se encontró desorden en el lugar, un chaleco plomado en condiciones de deterioro y cajas con aromáticas vencidas (8). Se pudo establecer la presencia de pisos desnivelados y baldosa rotas, lo que facilita el riesgo de caída (9).



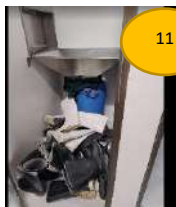
Fuente: Fotografías tomadas durante la visita de inspección a la Regional Noroccidente sede Medellín en desarrollo de la auditoría.

En visita a la sala de necropsias de la sede Medellín, además se evidenció la disposición de botas con material biológico en el estante ubicado en la zona de cambio de ropa de los trabajadores (10), el apilamiento desorganizado de botas en uno de los cuartos, donde no fue posible establecer a quien pertenecen o si son para disposición final (11) se observan los pisos con desgaste avanzado y zonas en donde se produjo un accidente grave para la vigencia 2024 en deterioro(12); llave de agua dañada en la que se observa goteo (13); guardián que superó la capacidad para disposición de cortopunzantes en donde se identifica además láminas de seguetas y hoja de bisturí con la punta hacia fuera lo que puede

ocasionar un accidente por corte de piel intacta (14); apoyacabezas en madera en deterioro avanzado (15); mueble(17) y silla (16) de madera, elementos que facilitan la acumulación de microorganismos. La presencia de una mesa metálica con las patas oxidadas sostenida en uno de sus costados por un bloque (18). Los trabajadores cuentan con un montacargas para el manejo de bandejas con cadáveres, no obstante, al solicitar la demostración de su uso se observó las ruedas desgastadas generando frenado y la palanca es difícil de accionar (19). Se evidenciaron dos equipos de rayos x en zona aledaña a la sala de necropsias, que contienen elementos de protección, papeles, bolsas y otros elementos, no fue factible determinar su condición: dañado o para dar de baja, lo que puede generar un riesgo en el sistema contable de la entidad relacionado con inventarios, además de representar un riesgo de seguridad en el trabajo (20) por posible contaminación física y microbiológica.



10



11



12



13



14



15



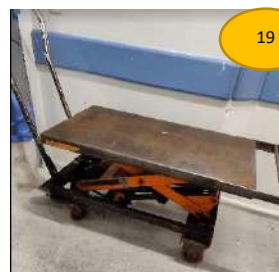
16



17



18



19



20



21

Fuente: Fotografías tomadas durante la visita de inspección a la Regional Noroccidente sede Medellín en desarrollo de la auditoría.

b) Durante la visita a la Seccional Chocó –sede Quibdó, se evidenció que las condiciones climáticas de la zona geográfica no ayudan a mantener en adecuadas condiciones las instalaciones, pero además a lo anterior se evidencia la presencia de muebles de madera en la morgue del hospital (1) sistemas eléctricos expuestos (2); bandejas de cadáveres en total estado de oxidación (3); un montacargas de bandeja de cuerpos averiado, por lo que los trabajadores deben utilizar una camilla y entre varios alzar o bajar las bandejas de los cuerpos (cuando existe la posibilidad de contar con ayuda) (4). Las paredes de la sede, de algunas oficinas y algunos consultorios se encuentran con presencia de humedad y hongos (6) (7) (8); se evidenciaron techos rotos (10) como es el caso del consultorio utilizado para valoración de riesgo, acorde a la información obtenida durante la visita; la presencia de goteras en algunos de los espacios de la sede (5). En la zona habilitada para el servidor de Tics se observó toma suelta (9). Se pudo establecer la sede en general no cuenta con señalización

preventiva y/o de peligro, solo se encontró señalización de salida de emergencia fue la única encontrada. Se observó para esta sede múltiples condiciones puede posiblemente favorecer enfermedades por la presencia de hongos y accidentes laborales por riesgo de caída, accidentes biológicos, riesgo de caída de material (techos) entre otros. Pese a que la Regional Noroccidente llevó a cabo mantenimientos, persisten condiciones inseguras para los trabajadores y usuarios.



Fuente: Fotografías tomadas durante la visita de inspección a la Regional Noroccidente sede Quibdó en desarrollo de la auditoría.

5) Sistema Globalmente armonizado. Se presentan situaciones reiteradas en la vigencia 2023, según se observó a partir de los resultados de la auditoría AI-04-2023. A la fecha, en lo corrido del año, no se tiene completo el Inventario de sustancias químicas del INML, lo que afecta la implementación integral del SGA.

En entrevista con el responsable de Higiene y Seguridad e Ingeniera Química en apoyo de la parte de la ARL, se evidenció aún no ha dado total cumplimiento a la primera etapa de etiquetado, establecida con plazo máximo **para abril 2023**, para sustancias químicas puras y soluciones diluidas, como tampoco a la segunda etapa de etiquetado para mezclas con **fecha máxima abril 2024** en el marco de la Resolución 773 de 2021 “Por la cual se definen las acciones que deben desarrollar los empleadores para la aplicación del Sistema Globalmente Armonizado (SGA) de Clasificación y Etiquetado de Productos Químicos en los lugares de trabajo y se dictan otras disposiciones en materia de seguridad química”. No fue posible

establecer se cumplan los lineamientos institucionales sobre uso de pictogramas en almacenamiento, disponibilidad y socialización de fichas de datos de seguridad (FDS) como para el sistema de almacenamiento por compatibilidad, entre otros.

Durante la visita al almacén general de la sede central no se evidenció la ubicación física de sustancias químicas en almacenamiento de acuerdo a la compatibilidad de sustancias (5), se observan contenedores de vidrio con reactivos como metanol y Diclorometano (1) (2), fuera de sus contenedores secundarios, facilitando la posibilidad de un accidente por derrame de sustancias. Sustancias químicas vencidas: acetonitrilo (4), cloroformo (9), metanol, así como sustancias antisépticas para uso en piel vencidas (6). No se evidenciaron sistemas colectores para contener posibles derrames (4)(5). La salida del lugar de almacenamiento de sustancias químicas no cuenta con una adecuada ventilación acorde al riesgo; la señal de salida de emergencias conduce hacia el interior del almacén y no se encuentra despejada, no se evidencia un plano de evacuación (7).



Fuente: Fotografías tomadas durante la visita de inspección al Almacén General de la sede central en desarrollo de la auditoría.

A la salida de almacén se evidenció la presencia de toma sobrecargada, lo que posibilita el riesgo de incendio (10).



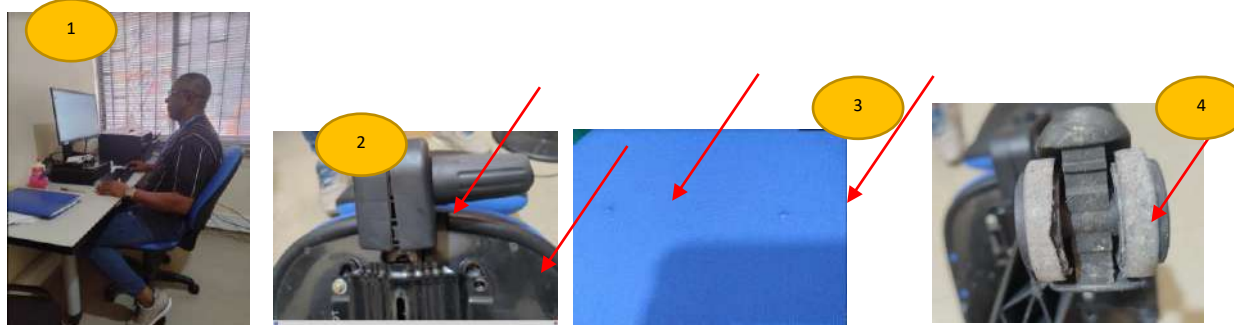
Fuente: Fotografía tomada durante la visita de inspección al Almacén General de la sede central en desarrollo de la auditoría.

6) Radiaciones.

1) Para las dosimetrías en Rayos X se observa que los reportes de medición **no cuentan con la actualización de la información** toda vez que aparece como responsable la doctora Claudia Isabel Niño quien no hace parte de entidad. En reporte de la firma Radproct S.A.S (contratada para la lectura de dosimetría y suministro de dosímetros), en cuanto a la dosimetría de la Regional Noroccidente-Medellín para el código 2679662, períodos de uso 2024-01-15 a 2024-03-14 y 2024-05-15 al 2024-07-14 se observa el suministro dosímetro, para el segundo período (2024-05-15 al 2024-07-14) se reporta

acumulación por exposición durante el período, resultados además que suman al historial de exposición del trabajador, es decir, los datos de historial de exposición en este caso no son fiables, por cuanto se pudo evidenciar en entrevista con facilitadora que el servidor público a cargo de este dosímetro ha estado durante los dos períodos en situación administrativa: incapacidad (accidente grave), por lo tanto no pudo haberlo utilizado, además se evidencia se sigue suministrando un dosímetro que no se utiliza y que genera un costo para la entidad, durante los períodos se observaron 8 dosímetros a cargo de la Regional Occidente lo que concuerda con los reportes de lectura. Verificado en SECOP el respectivo contrato proceso #SAMC-0003-SG-2023, contrato #0068-SG-2023 con la firma Radproct S.A.S se evidenció que con oficio No. 52-SG-2023 el supervisor designado es el doctor Néstor Raúl Garzón, anterior coordinador del GNSST pero no se observa documento que informe el cambio de supervisor. Revisados los estudios previos del contrato, a fin de establecer el reporte de novedad por situación administrativa en el marco del respectivo contrato, se evidenció que la cantidad de lecturas son 56 divididas en 6 bimestres, solo se identificó un reporte de supervisión del contrato en lo corrido de la vigencia, lo que permite establecer se incumplen las responsabilidades como segunda línea de defensa, además de las responsabilidades del supervisor del contrato.

5) **Ergonomía:** Durante la visita a la sede de Quibdó, se evidenció que fueron acondicionados los puestos de trabajo de los asistentes por el área de mantenimiento, no obstante, los planos de trabajo presentan inclinación (1); las sillas no cuentan con la totalidad de tornillos (2) y las llantas (4) de algunas sillas no se encuentran en buen estado y se presentan asientos de las sillas con exposición de tornillos (3). Lo anterior facilita el desarrollo de enfermedades osteomusculares en miembros superiores y de accidentes por caída ante uso de sillas que no están en buen estado.



Fuente: Fotografías tomadas durante visita de inspección sede Quibdó, en desarrollo de la auditoría.

6) Al ingresar a la edificación antigua de la Regional Noroccidente-sede Medellín, la auditora líder percibe y pregunta a la facilitadora en SST sobre el fuerte olor que proviene de la zona de neveras frente a la sala de espera para usuarios (se evidencia una familia en la sala de espera) y cafetería (Cafetín) de servidores públicos. Se observa No se garantiza para el proceso de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo, como tampoco para la atención a usuarios, el **control de olores** en el desarrollo de la actividad 3: Procesar la Evidencia Física/Elemento Material Probatorio (EMP/EF) (Incluido los casos de apoyo a la sala de necropsias). Tarea 7:” Realizar la limpieza de las estructuras óseas y de los elementos asociados (prendas, elementos de uso personal, entre otros) con la precaución de no alterar las evidencias”. realizado por el Laboratorio de Antropología – Proceso del Servicio Pericial.



Fuente: Fotografías tomadas por la Oficina de Control Interno en inspección a edificio antiguo Regional Noroccidente-Sede Medellín.

1.6. Riesgo Evaluado: (Identificado en mapa de riesgos / no identificado en mapa de riesgos)

El proceso no identificó un riesgo asociado con el no cumplimiento de condiciones laborales, como tampoco identificó riesgos relacionados con la inadecuada gestión higiénica, que además contemple control de los olores emitidos a partir de la ejecución de actividades (limpieza de huesos en el Laboratorio de Antropología).

Se evidenció el proceso de gestión contractual se vio afectado frente al incumplimiento de las actividades de supervisión del contrato de dosimetría.

1.7. Respuesta del auditado o unidad auditada (Cuando aplique):

De manera respetuosa se sugiere incluir en este hallazgo, el hallazgo No. 3, con el fin de hacer un tratamiento integral y unificado de los riesgos de seguridad, que permita una solución de fondo.

1.8. Análisis y respuesta del auditor (Cuando aplique):

Se acepta la solicitud de los auditados para integrar hallazgo inicial #3 al #12, queda en el numeral

HALLAZGO N°13

1.1. Descripción:

Revisado el aplicativo Isolución- módulo de mejora, analizada la información y verificado el estado con la responsable del proceso y facilitadora en calidad, se evidencia que para el proceso de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo el 91,66% de las acciones asociadas a las no conformidades producto de la auditoría AI-04-2023, se encuentran vencidas a la fecha de la presente auditoría (2024) siendo la mayor con 192 días; 5 de las 12 acciones registran "eficacia" en las actividades y avance del 100%, pero las evidencias aportadas en estas(5) no soportan las actividades planteadas. El 83.33% de las acciones no cuentan con seguimientos como lo estableció la entidad. Una de las acciones (#3193) no cuenta con análisis de causas ni se establecieron actividades para dar tratamiento a la no conformidad. Se identificó que la mayoría de las acciones presentan gestión durante el segundo semestre del 2024. Se constituye un incumplimiento a las directrices para la mejora del desempeño del proceso, acorde a la política para SST y a las funciones de aseguramiento como segunda línea de defensa.

1.2. Criterio/Requisito:**2) Decreto 1072 de 2015:**

1) **Artículo 2.2.4.6.33. Acciones preventivas y correctivas.** El empleador debe garantizar que se definan e implementen las acciones preventivas y correctivas necesarias, con base en los resultados ...de las auditorías ... “

2) **Artículo 2.2.4.6.34. Mejora continua.** “El empleador debe dar las directrices...para la mejora continua del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), con el objetivo de mejorar la eficacia de todas sus actividades y el cumplimiento de sus propósitos”.

3) **Artículo 2.2.4.6.4. Sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST).** El Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) consiste en el desarrollo de un proceso lógico y por etapas, basado en la mejora continua y que incluye la política, la organización, la planificación, la aplicación, la evaluación, la auditoría y las acciones de mejora con el objetivo de anticipar, reconocer, evaluar y controlar los riesgos que puedan afectar la seguridad y la salud en el trabajo.

f) Procedimiento DG-C-P-014 “Gestión de acciones correctivas, acciones preventivas y acciones de mejora” versión 14, así:

1) Numeral 7.2. literal h. Si como resultado de los seguimientos realizados a la gestión de las no conformidades reales, potenciales u oportunidades de mejora se detectan acciones vencidas, sin tratamiento, ni registro de avances, o que requieran generar alertas tempranas se deberá poner en conocimiento de la situación al representante de la alta dirección y, de persistir, al Comité Directivo para la toma de decisiones de acuerdo con lo establecido en la resolución 403 de 2020 por la cual se ajusta y actualiza la composición del Sistema Integrado de Gestión, o cualquiera que la sustituya, modifique o complemente.

2) **Actividad 3:** Implementar las acciones correctivas, preventivas o de mejora, tarea 2; tarea 3; tarea 4.

3) **Actividad 5:** Verificar la implementación de las acciones correctivas, preventivas o de mejora, tarea 2.

g) Segunda línea de defensa: Tiene la responsabilidad de supervisar temas transversales para la entidad y presentar los resultados a la línea Estratégica. Asegura que los procedimientos y actividades que realiza la primera línea de defensa se estén cumpliendo, y que los controles y la gestión de riesgos de la primera línea de defensa sean apropiados y funcionen correctamente.

e) MIPG 7ª Dimensión – Componentes: Actividades de control; Evaluación de riesgos; Monitoreo y supervisión.

1.3. Causa:

Se identifica como posible causa la falta de controles para garantizar el cumplimiento a la gestión de acciones preventivas, acciones correctivas y oportunidades de mejora, permitir la medición de la efectividad de controles.

1.4. Efecto(s):

Se identifica como posible efecto no permitir la medición de la efectividad y análisis del plan de mejoramiento de auditoría interna establecido para el proceso.

1.5. Evidencia:

Analizada la información registrada en el aplicativo Isolución, módulo de mejora, se encontró para el proceso de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo:

INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

INFORME EJECUTIVO Y/O RESUMEN DE LA AUDITORIA INTERNA DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO
AI-SCI-10-2024 AL PROCESO GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Página 42 de 55

Ítem	Acción #	Días vencida	% avance reportado por ISOLUCION	
				VERIFICACIÓN OFCI 2024-11-08 AUDITORIA AI-SCI-10-2024
1	3206	8	0	Falta cierre de eficacia de la actividad.
2	3205	A tiempo	20	Una de las cinco actividades no presenta seguimiento En el acta de evidencia: pese a registrar unas recomendaciones no se establecen compromisos ni responsables ni fechas. Las actividades no cuentan con el total de seguimientos establecidos por la entidad. se radicó el 8 de marzo.
3	3194	70	100	Las actividades no cuentan con el total de seguimientos establecidos por la entidad, se radicó el 7 de marzo de 2024. Se realizó el cierre de cada actividad que hacen parte de la acción: "si fue eficaz" pero las actividades planteadas no se llevaron a cabo como fueron previstas. 1)La actividad 1. sobre actualizar la Realizar la actualización de la Resolución 000225 de 2015-03-20. "Y se solicitará la publicación de la Resolución actualizada": No se cumple. Se adjunta oficio No. 00109-OFPL-DG-2024, Bogotá, 2024-08-27. La Oficina de Planeación informa que se está actualizando la Resolución 403, del 2020 que actualizará la política. 2)A agosto 12 de 2024, el plan de trabajo de SST no había sido publicado. Se solicitó a Atención al ciudadano información cuando se hizo la solicitud. Respondieron fuera de término y la respuesta no está relacionada con la pregunta realizada. 3) "3. Solicitar publicación al Grupo del servicio al Ciudadano de la política de Seguridad y Salud en el Trabajo de acuerdo con lo establecido en la Ley 1712 de 2014 y Resolución 1519 de 2020". No se cumplió con la publicación.
4	3195	8	100	Las actividades no cuentan con el total de seguimientos establecidos por la entidad, se radicó el 7 de marzo de 2024. Se realizó el cierre de cada actividad que hacen parte de la acción: "si fue eficaz" pero las actividades (de 4) planteadas (2) sobrepasaron la fecha establecida para el cierre.
5	3196	192	100	Las actividades no cuentan con el total de seguimientos establecidos por la entidad, se radicó el 7 de marzo de 2024. Todas sobrepasaron las fechas de compromiso. Se realizó el cierre de cada actividad que hacen parte de la acción: "si fue eficaz" pero las actividades desarrolladas no dan cumplimiento a lo planeado.
6	3197	70	100	Las actividades no cuentan con el total de seguimientos establecidos por la entidad, se radicó el 7 de marzo de 2024. Las evidencias se asocian con las actividades establecidas.

INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

INFORME EJECUTIVO Y/O RESUMEN DE LA AUDITORIA INTERNA DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO
AI-SCI-10-2024 AL PROCESO GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Página 43 de 55

Ítem	Acción #	Días vencida	% avance reportado por ISOLUCION	
VERIFICACIÓN OFCI 2024-11-08 AUDITORIA AI-SCI-10-2024				
7	198	39	0	Las actividades se realizan en tiempos muy cercanos a la fecha de cierre de la actividad. Las actividades no cuentan con el total de seguimientos establecidos por la entidad, se radicó el 7 de marzo de 2024. Falta el cierre de eficacia de la actividad 5. La evidencia de la actividad 1 "Acción de Mejora para la Convocatoria de Capacitaciones en el SG – SST", no cuenta con fecha de elaboración, revisión y elaboración, como tampoco se articula a un documento: instructivo o procedimiento o acto administrativo, se establecen responsabilidades, pero no se evidencia se hayan comunicado estas.
8	199	8	3,3	Las actividades no cuentan con el total de seguimientos establecidos por la entidad, se radicó el 7 de marzo de 2024. La acción se registró el 7 de marzo de 2024 con fecha máxima de implementación 2024-10-31. Dos de las tres actividades no presentan ningún seguimiento. La segunda actividad se gestiona (2024-09-26) un mes antes del tiempo establecido para su cierre (2024-10-31).
9	201	100	00	Las actividades no cuentan con el total de seguimientos establecidos por la entidad, se radicó el 7 de marzo de 2024. Las evidencias se asocian con las actividades establecidas. Una actividad fue realizada posterior a la fecha programada. Pendiente cierre global de la acción
10	202	101	6,67	Las actividades no cuentan con el total de seguimientos establecidos por la entidad, se radicó el 7 de marzo de 2024. Dos actividades realizadas posterior a la planeada para cierre. Evidencias soportan las actividades establecidas. Falta cierre global. Se subsanó lo relacionado al almacén y Regional Sur, no obstante, no se evidenció todos los planes de emergencias estén actualizados: Seccional Chocó.
11	192	101	80	Actividad 1_ Matriz legal no se encuentra actualizada. Todas las actividades se realizaron posterior a la fecha programada de cierre. Las actividades no cuentan con el total de seguimientos establecidos por la entidad, se radicó el 6 de marzo de 2024.
12	193	101	0	No cuenta análisis de causas ni se han establecido acciones.

Fuente: de elaboración propia de la Oficina de Control Interno a partir de la información contenida en el aplicativo Isolución-módulo de mejora.

1.6. Riesgo Evaluado: (Identificado en mapa de riesgos / no identificado en mapa de riesgos)

El proceso no determinó riesgos ni controles asociados al incumplimiento a la gestión de acciones de mejora. Se requiere se verifique y de tratamiento, de requerirse.

1.7. Respuesta del auditado o unidad auditada (Cuando aplique):

Se acepta el hallazgo, se formulará plan de mejora.

1.8. Análisis y respuesta del auditor (Cuando aplique):

Nota del equipo auditor: El hallazgo es aceptado por los auditados.

HALLAZGO N°14.**1.1. Descripción:**

Para el desarrollo de la auditoría al proceso de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo, no se garantizó la disponibilidad y entrega oportuna de información solicitada por el equipo auditor, con el fin de acceder a todos los registros, información y bases de datos para su revisión donde y cuando se necesitaba. Este mismo hallazgo se repite conforme a los registros de la auditoria interna de la vigencia 2023, AI-04-2023 del PUNAS.

1.2. Criterio/Requisito:

1. Carta de compromiso de entrega de la información para auditoría por parte de la Dirección General, en el marco del Plan Único Nacional de Auditorías-PUNAS 2024.
2. Decreto 403 de 2020 “por el cual se dictan normas para la correcta implementación del Acto Legislativo 04 de 2019 y el fortalecimiento del control fiscal. Artículo 151 del *Deber de entrega de información para el ejercicio de las funciones de la unidad u oficina de control interno*. Los servidores responsables de la información requerida por la unidad u oficina de control interno deberán facilitar el acceso y el suministro de información confiable y oportuna para el debido ejercicio de sus funciones, salvo las excepciones establecidas en la ley. Los requerimientos de información deberán hacerse con la debida anticipación a fin de garantizar la oportunidad y completitud de esta.

El incumplimiento reiterado al suministro de la información solicitada por la unidad u oficina de control interno dará lugar a las respectivas investigaciones disciplinarias por la autoridad competente.

3. MIPG 7ª Dimensión – Componentes: Actividades de control; Información y comunicación.

1.3. Causa:

Se identifica como posible causa la falta de controles para garantizar el cumplimiento de entrega de la información en los tiempos establecidos.

1.4. Efecto(s):

Se identifica como posible efecto la posibilidad de no permitir la evaluación de todos los requisitos.

1.5. Evidencia:

- 1) Se solicitaron documentos en la etapa de planeación, información socializada en la reunión de apertura a los auditados, con los siguientes resultados:

No.	Código de carpeta	Documento /Registro	Observaciones
8	01- ADMINISTRATIVA	Planta de personal, en el Excel con los siguientes datos: nombres y apellidos, documento de identidad, fecha de posesión, cargo y sueldo de los meses	No fue suministrada en términos: Se acordó con la líder de proceso acceder a la nómina con un usuario y roll específico. Se observó que: a) Mediante Oficio 02518-OFPE-SG-

INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

INFORME EJECUTIVO Y/O RESUMEN DE LA AUDITORIA INTERNA DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO
AI-SCI-10-2024 AL PROCESO GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Página 45 de 55

		octubre, noviembre, diciembre 2023 y enero a octubre de 2024.	2024 se solicitó el acceso por parte de la jefe de la Oficina de Personal. A través del Oficio 0708-SG-DG-2024 de fecha 9 de octubre de 2024 fue aprobado el acceso de consulta por Secretaría General hasta el 2024-10-31. b) Hasta el día 2024-10-21 a las 5:31 fue remitida la información necesaria por parte de la Oficina GNTICS, lo que no permitió la verificación de información a tiempo antes de iniciar la etapa de ejecución y visita a sedes: Medellín y Chocó, relacionada con movimientos de personal, capacitación formal y no formal, entre otros ítems a revisar. Nota del equipo auditor: El no contar con la información a término no permitió verificar y establecer la trazabilidad en los temas relacionados con afiliaciones, realización de exámenes de ingreso y de egreso, de inducción y reintroducción entre otros.
--	--	--	---

2) Se solicitó información a través de correo electrónico a los procesos, pero no fue allegada y/o fue enviada fuera de tiempo establecido, como se evidencia:

Destinatario	Solicitud	Observaciones
Oficina de Planeación 2024-10-11 con fecha límite a: 2024-10-16	1. Evidencia que soporte lo contenido en el Memorando 0014-OFPL-DG-2023 de fecha 2023-05-05 relacionada con proceso de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo función de aseguramiento "seguimiento a la ejecución del plan de seguridad y salud en el trabajo" responsable jefe de Oficina de Personal. Evidencia: Informe presentado ante Comité Directivo, para el período de octubre del 2023 a la fecha. 2. Se me informe y envíe las respectivas evidencias sobre las decisiones tomadas por el Comité a partir de la presentación de resultados de seguimiento, relacionados en el numeral anterior (1).	No se recibió comunicación alguna y/o la información solicitada. Nota del equipo auditor: El no contar con esta información no permitió verificar la toma de decisiones por parte de la alta dirección, así como la presentación de resultados clave para la toma de decisiones.
Oficina de Planeación 2024-10-11 con fecha límite a: 2024-10-17	"en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 108 de la Ley 1753 de 2015 y desarrollo del plan decenal de justicia existe un compromiso para la entidad relacionado con el Objetivo "Generar una política de seguridad de la información y protección de datos", acción concreta "elaborar e implementar los planes de recuperación ante desastres (infraestructura TI) y planes de continuidad del negocio (recursos humanos, centros alternos, procedimientos y recursos físicos)" con fecha de ejecución final 2018-06-01 a 2026-06-01. Como es de su conocimiento el desarrollo de este compromiso, si bien es liderado desde TI, debe ser integrado en el diseño del plan de prevención, preparación y respuesta ante emergencias, en la medida que así proceda, a fin de	No se recibió comunicación alguna y/o la información solicitada. Nota del equipo auditor: No contar con la información no permitió verificar la integración de otras iniciativas en temas de atención a emergencias, así como la incorporación de políticas públicas en el marco del liderazgo, del contexto estratégico de la entidad para el proceso.

INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

INFORME EJECUTIVO Y/O RESUMEN DE LA AUDITORIA INTERNA DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO
AI-SCI-10-2024 AL PROCESO GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Página 46 de 55

Destinatario	Solicitud	Observaciones
	prevenir la ocurrencia de accidentes laborales o eventos que puedan afectar la continuidad del negocio o se presenten cambios en los procesos, instalaciones, maquinas, equipos o exista un alta probabilidad de pérdida; es entonces cuando la entidad debe demostrar la capacidad de mitigar daños y continuar con la operación. “...me sea informado y suministre la evidencia correspondiente a los siguientes aspectos: 1. Si el proceso de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo fue informado de este compromiso para la entidad, a fin de garantizar el logro de los objetivos comunes que permita el desempeño en conjunto. 2. Nivel de avance en cuanto a lo relacionado en seguridad y salud en el trabajo en este compromiso y reportado a la Oficina de Planeación. En caso contrario por favor indicar cuando se tiene planeada la integración del proceso de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo para la consecución de este compromiso”.	
Jefe Oficina Jurídica, fecha máxima de envío 2024-10-16	1. Demandas activas que comprometan el proceso de seguridad y salud en trabajo: No se requiere nombres de demandantes, pero si se requiere causas que originan las demandas, fecha en que la entidad admitió la demanda y/o conoció de está, y estado a la fecha. 2. Sanciones: No se requiere nombres de demandantes, pero si se requiere causas que soportan las sanciones, fecha de la sanción y estado a la fecha. Así como monto económico que debió o debe pagar la entidad, ante la respectiva sanción, si aplica Lo anterior teniendo en cuenta que en el marco de la auditoria se debe verificar el manejo de los recursos y que las auditorias son basada en riesgos.	No se recibió comunicación alguna y/o la información solicitada.
Atención al Ciudadano, fecha límite de entrega. 2024-10-16	Solicitud de publicación de plan de trabajo de seguridad y salud en el trabajo vigencia 2023 y vigencia 2024. Agradecería remitir los soportes de solicitud de la respectiva unidad organizacional y soporte de publicación realizada por el Grupo que usted lidera.	No fue suministrada en términos: Se allegó respuesta hasta el 2024-11-01
Subdirección de Servicios Forenses, fecha máxima de entrega 2024-10-17	1. Resolución 0000368 de 2021, artículo 9- presentación de los requerimientos de dotación y/o capacitación de los COE y brigadas de emergencia. Posible evidencia: Fecha de presentación y documento con requerimientos. 2. Resolución 000368 de 2021, artículo 13-literal b, informes trimestrales al CNE. Y del literal d, del mismo artículo, plan de trabajo vigencia 2024 para el mejoramiento continuo de los planes de prevención,	No se recibió comunicación alguna y/o la información solicitada.

Destinatario	Solicitud	Observaciones
	preparación y respuesta ante emergencias y contingencias (para este último se requiere indicar fecha de presentación ante el CNE y respectiva evidencia).	
GNSST	En correo de fecha 2024-10-10, sobre información faltante se dio alcance para solicitar: "Informe de ejecución financiera y/o reinversión de la ARL y corredora de seguros desde la última fecha de auditoría a la fecha con desglose de actividades y programas". Solicitud reiterada el día 2024-11-08.	Respuesta en fecha 2024-10-11:" Al respecto informamos que la Coordinación, ha solicitado en el día de hoy una vez recibido su correo, este informe de ejecución financiera a COLMENA SEGUROS ARL y DELIMA MARSH CORREDORA DE SEGUROS, sin embargo, toda vez que depende de la Gestión de terceros, y no se encuentra bajo nuestro control generar los informes, respetuosamente estaremos remitiéndole estos informes en cuanto se nos alleguen por parte de las entidades mencionadas"

1.6. Riesgo Evaluado: (Identificado en mapa de riesgos / no identificado en mapa de riesgos)

El proceso no identificó un riesgo asociado con la no entrega de la información en términos en el marco de la auditoría al sistema de control interno.

1.7. Respuesta del auditado o unidad auditada (Cuando aplique):

Se acepta el hallazgo, se formulará plan de mejora.

1.8 Análisis y respuesta del auditor (Cuando aplique):

Nota del equipo auditor: El hallazgo es aceptado por los auditados.

HALLAZGO N°15.

1.1. Descripción:

Revisada la información documental, aplicada la técnica de entrevista y verificadas otras fuentes de información se estableció que para la vigencia 2024 el proceso elaboró un plan de trabajo con apoyo externo de ARL y financiación de rubro de financiamiento del INMLCF. Se evidenció que para el 2023 se cotizó un valor de \$ 3.060.206.100, para el 2024 se aumentó la cotización de ARL y a octubre de 2024 se ha cotizado \$5.599.175.900 millones; que del presupuesto de funcionamiento del INMLCF para el 2024 se asignó un total de \$ 303.756.536 para el nivel central; que todas las regionales y la Subdirección de Servicios Forenses, realizan la apropiación presupuestal para atender las necesidades en adquisiciones relacionadas con el proceso de SST, a su alcance. La ARL reportó a la encargada del GNSST unos costos de \$1.867.756.070 con corte a septiembre de 2024 con una gestión que alcanza el 99%, pero no informa si corresponde al porcentaje de reinversión y cómo se distribuyen los rubros económicos en las diferentes actividades del plan de trabajo del proceso de SST 2024. Se identificó que el plan de trabajo con el apoyo de la ARL se ejecuta mediante solicitudes de servicios realizadas por cada servidor público a cargo de las actividades o programas del proceso de SST, pero no cuenta con la claridad amplia y suficiente de cómo el dinero de la reinversión de ARL y/o

excedentes de la cotización se distribuyen en cada actividad relacionada del plan de trabajo y asistencias respectivas por la ARL, sino de una relación de horas vs órdenes de servicio. Tampoco fue posible identificar cómo se realiza el seguimiento al recurso financiero derivado de la cotización y reinversión de ARL para el proceso de SST por parte de la entidad como segunda línea de defensa. Durante la etapa de ejecución de la auditoría se solicitaron a la Coordinadora del GNSST los informes de revisión de la corredora de seguros y relación de gastos financieros realizados por la ARL para la ejecución de actividades en el INMCLF, pero no fueron allegados. Se evidenció que la información no se encuentra disponible en la unidad organizacional. No permite establecer de manera fiable las cifras reveladas por ARL lo que es base para la respectiva revisión sobre los recursos, toda vez que se aportó en fase de planeación y ejecución de la auditoría dos informes de ARL que presentan inconsistencias en las cifras reportadas uno por \$1.867.756.070 y el otro por \$1.567.178.74x. Por lo anterior, se evidencia incumplimiento a la aplicación de controles sobre los recursos de reinversión, distribución de la base de cotización y/o excedentes de la cotización de la ARL por parte de la segunda línea de defensa, toda vez que no se tiene claridad sobre como la reinversión retorna a los diferentes programas que desarrolla el proceso de Seguridad y Salud en el Trabajo; se identificaron debilidades respecto a la coherencia de los componentes y elementos para presentar informes y hacer seguimiento, toda vez que se reportan avances de órdenes de servicios por cada servidor público que gestiona la SST en el GNSST y de número de horas, pero no de inversión económica por cada actividad, sobre metas y productos concretos que propendan por la mejora de las condiciones de salud, prevención de accidentes y enfermedades laborales en el Instituto.

1.2. Criterio/Requisito:

2. Resolución 000172 de 2023-03-07. "Por el cual se actualizan los grupos internos de trabajo, establecen sus funciones y dictan otras disposiciones". Artículo 6. Funciones de Coordinación. Implementar planes y realizar informes periódicos para medir la gestión operativa, con el fin de tomar acciones correctivas a que haya lugar de acuerdo con el manual de funciones y competencias laborales de los empleos que la conforman y lineamientos institucionales. 7. Administrar, ejecutar, verificar y evaluar la ejecución de proyectos de desarrollo e inversión, de los procesos y de actividades en la unidad organizacional de desempeño, de acuerdo con la Ley, la estructura interna y demás disposiciones que determina la organización del Instituto y el plan estratégico de la Entidad. 9. Garantizar la implementación, desarrollo y control del Sistema Integrado de Gestión, incluyendo el Sistema de Control Interno, en la unidad organizacional de desempeño.

3. **Segunda línea de defensa:** Tiene la responsabilidad de supervisar temas transversales para la entidad y presentar los resultados a la línea Estratégica. Asegura que los procedimientos y actividades que realiza la primera línea de defensa se estén cumpliendo, y que los controles y la gestión de riesgos de la primera línea de defensa sean apropiados y funcionen correctamente.

4. **MIPG 7ª Dimensión** – Componentes: 3) Actividades de control; 2) Evaluación de riesgos; 5) Actividades de monitoreo.

1.3. Causa:

Se identifica como posible causa la falta de controles para garantizar el cumplimiento de los requisitos en gestión financiera.

1.4. Efecto(s):

Se identifica posible materialización del riesgo en los procesos financieros y contables de la entidad.

1.5. Evidencia:

1. Plan de trabajo en SST del INMCLF vigencia 2024. En el que se observan actividades y seguimientos realizados para la vigencia 2024.

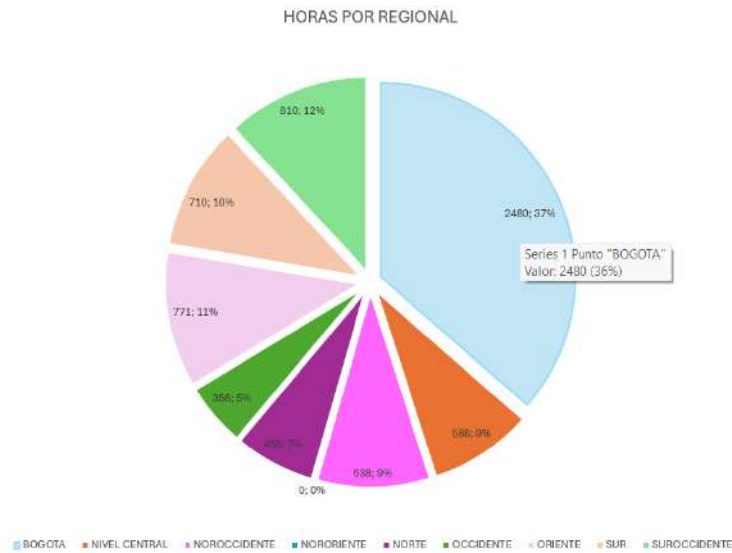
Página 49 de 55

Fuente: imagen del plan de trabajo 2024 del proceso de SST aportado por los auditados en el desarrollo de la auditoría.

A	B	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	T	U
ACTIVIDAD	FOE	Actividad relacionada con la actividad principal	ACTIVIDAD	SOLICITUD	MODALIDAD DE ACTIVIDAD	POSIBILIDAD	ALUMNOS	HORAS CÁTEDRA	UNIDAD	TALLERES CÁTEDRA	GRUPO SDC	REGIONAL	SOLICITANTE	FECHA DE LA ACTIVIDAD	HRS ASIGNADO	VALIDACIÓN I	VALIDACIÓN II	
1950701	1192476		Representación Comunitaria en el aula y en el entorno comunitario	Demanda Emocional	Formación	Vital	DIRECCION REGIONAL NARIÑO	2			ABACA	NORORIENTE	HERNANDO GARCIA	28/02/2024	Felicitó	VERDADERO	A, REFI	
1952600	1190678		Inteligencia Emocional	Demanda Emocional	Formación	Presencial	DIRECCION REGIONAL CESAR	4			VILLOPUEBLO	NORORIENTE	HERNANDO GARCIA	28/02/2024	Felicitó	VERDADERO	A, REFI	
1956212	1190089		Solución de conflictos y negociación	Demanda Emocional	Formación	Presencial	DIRECCION REGIONAL NORTE DE SANTANDER	4			CUCUTA	NORORIENTE	HERNANDO GARCIA	28/02/2024	Felicitó	VERDADERO	A, REFI	
1957225	1287264		Inteligencia Emocional	Demanda Emocional	Asesoría	Presencial	DIRECCION REGIONAL SANTANDER / UNIDAD BÁSICA BOLÍVAR MANA	4			BUCAVANGA	NORORIENTE	HERNANDO GARCIA	27/02/2024	Felicitó	VERDADERO	A, REFI	
1957254	1287446		Inteligencia Emocional	Demanda Emocional	Asesoría	Presencial	UNIDAD BÁSICA BARRIBACABRERA	2			BARRIBACABRERA	NORORIENTE	HERNANDO GARCIA	28/02/2024	Felicitó	VERDADERO	A, REFI	
1944804	1193907		Capacitación integral para el desarrollo Comunitario Páez	Se requieren Capacitaciones complementarias Capases metodológicas temas metodológicos básicos	Formación	Vital	NIVEL CENTRAL	2			BOGOTÁ	NIVEL CENTRAL	FLORENA RODRY	14/02/2024	Felicitó	VERDADERO	A, REFI	
1989030	1190951		Desarrollo transaccional personal con metodología ludica	Características de Liderazgo// COACHING EN LIDERAZGO	Formación	Presencial	DIRECCION REGIONAL CAJUMA	24		3	PEREIRA	OCCIDENTE	HERNANDO GARCIA	1/03/2024	Pleto	VERDADERO	A, REFI	
1989608	1118828		Capacitación grupal: Manejo de la Tensión Laboral, Estrés y técnicas alternativas	Características de Liderazgo// COACHING EN LIDERAZGO	Formación	Presencial	ESCUELA DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES	2			BOGOTÁ	BOGOTÁ	HERNANDO GARCIA	5/03/2024	Pleto	VERDADERO	A, REFI	
1989830	1114529		Capacitación grupal: Manejo de la Tensión Laboral, Estrés y técnicas alternativas	Características de Liderazgo// COACHING EN LIDERAZGO	Formación	Presencial	GRUPO CENTRO DE INVESTIGACION CIENTIFICA	2			BOGOTÁ	BOGOTÁ	HERNANDO GARCIA	5/03/2024	Pleto	VERDADERO	A, REFI	
1989830	1114529		Capacitación grupal: Manejo de la Tensión Laboral, Estrés y técnicas alternativas	Características de Liderazgo// COACHING EN LIDERAZGO	Formación	Presencial	GRUPONACIONAL DE ATENCION AL SERVIDO AL CIUDADANO	2			BOGOTÁ	BOGOTÁ	HERNANDO GARCIA	5/03/2024	Pleto	VERDADERO	A, REFI	
1989608	1114018		Capacitación grupal: Manejo de la Tensión Laboral, Estrés y técnicas alternativas	Características de Liderazgo// COACHING EN LIDERAZGO	Formación	Presencial	GRUPONACIONAL DE GESTION DE INFRAESTRUCTURA CALIFORNIA CALIFORNIA AYSY COLABORI	3			BOGOTÁ	BOGOTÁ	HERNANDO GARCIA	5/03/2024	Pleto	VERDADERO	A, REFI	
1989608	1280125		Inteligencia Emocional	Demanda Emocional	Formación	Presencial	AYPSY COLABORI	3			BUCAVANGA	NORORIENTE	HERNANDO GARCIA	12/02/2024	Pleto	VERDADERO	A, REFI	

Fuente: imagen del plan de trabajo 2024 del proceso de SST aportado por los auditados en el desarrollo de la auditoría.

3. El consolidado del que trata la evidencia No. 2 permitió evidenciar una distribución de horas por Regional así:



Fuente: elaboración realizada por la Oficina de Control Interno a partir del consolidado de actividades vs horas cargadas reportado por la ARL a través de la coordinación del GNSST.

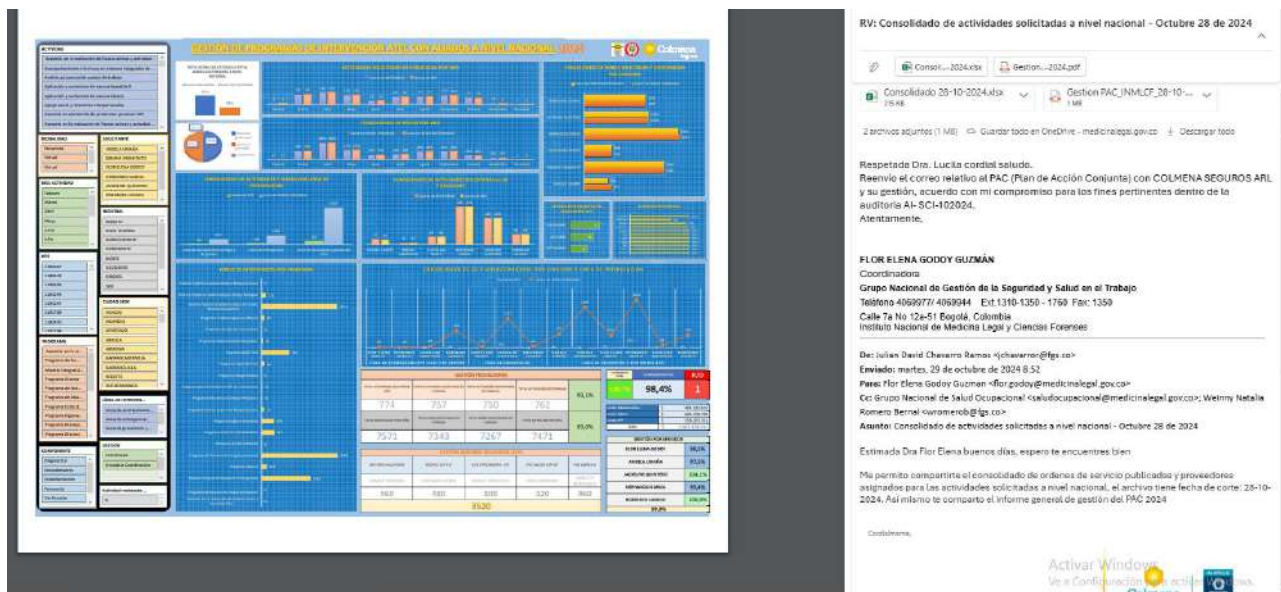
2. Los pagos por cotización a la ARL, hasta septiembre de 2024 corresponden a:

Número Documento	Valor Actual
167924	\$ 568.106.100
262724	\$ 645.181.100
316924	\$ 61.798.800
371224	\$ 643.801.900
463324	\$ 641.417.000
569224	\$ 928.905.100
667224	\$ 609.818.600
761524	\$ 623.573.700
878324	\$ 625.757.900
TOTAL	\$ 5.348.360.200

Fuente: Relación de pagos de cotización a la ARL por el INMLCF con corte a septiembre de 2024.

5. Información de rubros presupuestales nivel central asignados al Proceso de Talento Humano-Proceso de SST.

Fuente: Imagen de información reportada en etapa de ejecución de la auditoría.



Fuente: Imagen de segunda información reportada en etapa de ejecución de la auditoría.

PSI

FLOR ELENA GODOY GUZMÁN
Coordinadora
Grupo Nacional de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo
Teléfono 4069977/ 4069944 Ext:1310-1350 - 1760 Fax: 1350
Calle 7a No 12a-51 Bogotá, Colombia
Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses

De: Julian David Chavarro Ramos <jchavarro@fgs.co>
Enviado: martes, 29 de octubre de 2024 12:58
Para: Flor Elena Godoy Guzman <flor.godoy@medicinalegal.gov.co>
Asunto: Emisiones mensuales INMLCF 2024

Estimada Dra Flor Elena buenas tardes, espero te encuentres bien

En atención a tu solicitud te comparto el histórico de emisiones mensuales durante el año 2024

Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre
\$ 630.095.300	\$ 646.264.692	\$ 645.153.724	\$ 642.770.502	\$ 930.502.824	\$ 610.506.924	\$ 626.638.713	\$ 626.638.713

Los valores de los meses de agosto y septiembre, son estimados ya que los valores reales me los compartirán en la tarde del día de hoy.

Fuente: Imagen de información reportada en etapa de ejecución de la auditoría, sobre emisiones de valores estimados mensuales de la ARL.

1.6. Riesgo Evaluado: (Identificado en mapa de riesgos / no identificado en mapa de riesgos)

Desde el proceso no se evidenció un riesgo asociado a la falta de aplicación de controles a los recursos que hacen parte del proceso: reinversión y/o excedentes de cotización, como tampoco se evidenció la aplicación de controles por parte de otros procesos sobre el retorno de la inversión y/o excedentes de la cotización frente a las actividades que planea y desarrolla el proceso.

1.7. Respuesta del auditado o unidad auditada (Cuando aplique):

Se acepta el hallazgo, se formulará plan de mejora.

1.8. Análisis y respuesta del auditor (Cuando aplique):

Nota del equipo auditor: El hallazgo es aceptado por los auditados.

4. RECOMENDACIONES.

1. Traversalizar por parte del Grupo Nacional de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo la gestión los riesgos identificados y respectivos controles establecidos, asociados a la "Gestión de Riesgos" según procedimiento DG-M-P-022, para garantizar la gestión eficaz del proceso en la entidad.
2. Ampliar la cobertura de la automatización del proceso, al nivel nacional, lo que permitirá la obtención y disponibilidad de información en tiempo real sobre el desempeño del proceso de manera integral en la entidad.
3. Se tenga en cuenta ante nuevas afiliaciones a ARL el concepto del consejo de estado: "CE 752 de 1995." *Si bien la selección de la entidad administradora de riesgos profesionales es libre y voluntaria por parte del empleador, no significa, para la entidad estatal, que pueda ser caprichosa o arbitraria, porque el vínculo jurídico que nace entre ellas y que genera obligaciones recíprocas, no puede ser sino contractual, y como consecuencia ineludible, la selección del contratista en todos los casos, tiene que ser objetiva, es decir, que la escogencia se hará al ofrecimiento más favorable a la entidad estatal y a los fines que ella busca, sin tener en consideración factores de afecto o de interés y, en general, cualquier clase de motivación subjetiva. Por ofrecimiento más favorable se entiende aquel que, teniendo en cuenta un conjunto de factores, tales como cumplimiento, experiencia, organización, equipos, plazo, precio y la ponderación precisa, detallada y concreta de los mismos, resulta ser el más ventajoso para el Estado. Tal es el sentido y alcance del "deber de selección objetiva" que prescribe el artículo 29 de la Ley 80 de 1993, en la cual se contiene el estatuto general de la administración pública. por su naturaleza, el contrato será el que la Ley 80 de 1993 denomina "prestación de servicios de salud" (24.1 L), que se rige por las normas de la contratación directa para efectos de la escogencia del contratista. Contratación directa que, autoriza por dicho artículo 24, se encuentra regulada en el Decreto reglamentario 855 de 1994. En ella se exige, como condición para la suscripción del contrato, el análisis previo de los factores de escogencia que se dejan expuestos, así no se presente en términos absolutos "diferencia en los precios, dada a la fijación legal de las tarifas". Para la celebración de aquel contrato con sus complementos, y cualquiera sea su cuantía, no es menester, por tanto, acudir al procedimiento de la licitación pública.*

5. CONCLUSIONES

Se dio cumplimiento a los objetivos trazados para la presente auditoria acorde a los criterios establecidos en el PUNAS 2024. Se evaluaron requisitos del Decreto No. 1072 de 2015 en los ítems que le son aplicables a la gestión en seguridad y salud en el trabajo en el Instituto y demás normas que aplican al proceso de Seguridad y Salud en el Trabajo, como también se verificó el cumplimiento de los objetivos estratégicos relacionados con el proceso auditado, se evaluó la efectividad de las acciones incluidas en los planes de mejoramiento (Acciones Preventivas y Acciones Correctivas) producto de las auditorías internas y evaluó la efectividad de los controles de los riesgos asociados al proceso, con los siguientes resultados:

- 1) Se verificó que las actividades desarrolladas en el proceso de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo cumplen parcialmente con los criterios de la auditoria: Decreto 1072 de 2015, normatividad vigente aplicable y procedimientos institucionales, evidenciando se están implementado los estándares mínimos en todos sus criterios.
- 2) Se encontraron las siguientes debilidades: en las responsabilidades del empleador y del trabajador, planeación del sistema, comunicación, matriz legal, identificación de peligros y evaluación de riesgos, planificación de cambios, integración, documentación, prevención, preparación y respuesta ante emergencias, gestión de riesgos y controles, entrega oportuna de la información, en la gestión del riesgo y efectividad de los controles, así como en las responsabilidades de segunda línea de defensa.

3) Con relación a los Componentes de la estructura MECI de la 7ª dimensión de MIPG, se encontró incumplimiento, información descrita en cada hallazgo de este informe, en las actividades de:

1. Ambiente de control
2. Evaluación de riesgo
3. Actividades de control
4. Información y comunicación
5. Actividades de monitoreo

4) Se realizó seguimiento a los planes de mejoramiento de las auditorías internas encontrando que no se cumple con las directrices establecidas por el INMLCF para la mejora.

5) Se evidenció que la entidad aún no da cumplimiento a la Resolución 773 de 2021 Sistema Globalmente Armonizado, en cuanto a las sustancias puras y sustancias en mezcla, con alcance nacional.

6) Se evidenció el proceso de gestión contractual se vio afectado frente al incumplimiento de las actividades de supervisión del contrato de dosimetría.

7) Se evidenció no se aplican controles a los recursos que hacen parte del proceso: reinversión y/o excedentes de cotización, frente a las actividades que planea y desarrolla el proceso.

8) Se evaluó la capacidad para determinar acciones para el seguimiento a las medidas de mitigación del riesgo y a la efectividad de los controles, para cada uno de los hallazgos relacionados en este informe de auditoría, encontrando que NO se gestionan cumpliendo todas las directrices establecidas por la Entidad. A continuación, se relacionan los aspectos encontrados:

1. Para el riesgo GSST-17: El riesgo no identifica la totalidad de posibles causas, en cuanto al control "revisión de responsabilidades" se encontró que no fue efectivo.
2. Para el Riesgo GSST-16: Se evidencia debilidad en la gestión del riesgo, los controles no fueron efectivos.
3. Para el Riesgo GSST-15: No se establecieron controles que permitan la cobertura hacia el riesgo psicosocial, como tampoco hacia el suministro, reposición oportuna de EPP y su uso.
4. Para el riesgo GSST-14: No se estableció un control asociado al consentimiento informado, autorizando al INMLCF para tener conocimiento de la historia clínica.

Frente a los hallazgos 3,4,5,6,9,11,12,13,14 y 15, de este informe de auditoría no se evidenció se encuentren integrados, en algún riesgo identificado para el proceso, como tampoco en los controles establecidos.

Por lo anterior se evidenciaron debilidades en el monitoreo de los riesgos por parte de la segunda línea de defensa.

9) Se evidenció incumplimiento a la convocatoria del equipo investigador de accidentes laborales, en cuanto a los tiempos establecidos para investigar el accidente, así como a lo preceptuado en la Ley en cuanto al tiempo (15 días) para investigar y tiempo para remitir las investigaciones a la ARL y Ministerio, en los casos en que aplique, lo que puede tener implicación de posibles sanciones por parte de ente de control.

10) Baja ejecución en una unidad organizacional de los procesos de intervención del riesgo Psicosocial para los grupos prioritarios coordinados con cada una de ellas, lo que afecta el cumplimiento de lo establecido en la normatividad e iniciativa estratégica #16 determinada por la entidad para el proceso en el período 2023-2026.

11) Se verificó la evaluación de la implementación de estándares mínimos para entidad, encontrando que se da cumplimiento en un 100%.

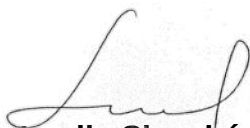
12) Para la auditoria en la fase de réplica por parte de los auditados se aceptó integrar dos riesgos, como lo muestra el hallazgo 12 numeral 6.

Durante la auditoria se presentaron dificultades que fueron reportadas y algunas de ellas solucionadas en términos, permitiendo desarrollar las diferentes etapas de auditoría. Sin embargo, de deja la salvedad que para el proceso de auditoría no se entregó la totalidad de la información solicitada.

Se realizó visita presencial a la Regional Noroccidente-sedes: Medellín y Seccional Chocó: Quibdó. Así como al Almacén General y sede de gestión documental (barrio Veraguas) de la sede central para verificar el grado cumplimiento de los criterios establecidos para la auditoría.

Se realizó la auditoria en la etapa de planeación de forma remota y en la etapa de ejecución de forma presencial.

Cordialmente,



Lucila Sicachá
Auditor Líder

Elaboró: Lucila Sicachá, Profesional Especializado Forense Oficina de Control Interno.
Revisó y Aprobó: Néstor Fan León Niño – Jefe de la Oficina de Control Interno.