



INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

INFORME EJECUTIVO DE AUDITORÍA

Página 1 de 13

ID DE LA AUDITORIA:	PROCESO A AUDITAR:	UNIDAD ORGANIZACIONAL:	FECHA DE AUDITORIA:
AI-11-2020	Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo	Grupo Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo - Sede Central Seguridad y Salud en el Trabajo - Regional Bogotá	Planeación: 2020-09-23 2020-10-06 Ejecución: 2020-10-07 2020-10-19 Elaboración del Informe: 2020-10-19 2020-10-30

OBJETIVOS DE LA AUDITORÍA:

Verificar que las actividades desarrolladas en el proceso de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo cumplan con los criterios de la auditoría con el fin de evaluar su adecuado funcionamiento, de manera que permita contribuir a la mejora continua del Sistema Integrado de Gestión, así como la efectividad de los controles existentes, evaluación de los riesgos, cumplimiento de indicadores y de los planes de mejoramiento o acciones de mejora.

ALCANCE DE LA AUDITORIA:

Desde la fecha de la última auditoría interna realizada hasta la fecha de la presente auditoría.
Para los documentos incluidos como "Criterios de Auditoría".

CRITERIOS DE AUDITORIA:

1. ISO 9001:2015

- Numeral 4 Contexto de la Organización
- Numeral 5 Liderazgo
- Numeral 6 Planificación
- Numeral 7 Apoyo
- Numeral 8 Operación
- Numeral 9 Evaluación del desempeño
- Numeral 10 Mejora

2. MIPG - 7A DIMENSIÓN

Riesgos y Controles

3. Normatividad vigente aplicable y documentos del Sistema Integrado de Gestión relacionados con el proceso a auditar incluye:

DG-A-CARACT-023 Gestión de la Seguridad y S T

DG-A-P-082-V01 Desarrollo de la Seguridad y Salud en el Trabajo mediante el Plan de Trabajo Anual

DG-A-P-098-V01 Diagnostico de las Condiciones de Salud Física y mental de los Servidores del INMLCF

DG-A-P-081-V01 Identificación de peligros, Evaluación y Valoración de Riesgos en Seguridad y Salud en el Trabajo

DG-A-P-061-V01 Inspecciones Planeadas

DG-A-P-099-V01 Investigación Seguimiento de Enfermedad Laboral (Incluye facilitadores de las regionales)

DG-A-P-055-V01 Investigación y Seguimiento de los Accidentes e Incidentes de Trabajo

DG-A-PROT-001-V01 Manejo de Accidentes de Trabajo con Riesgo Biológico

DG-A-P-100-V01 Sistema de Vigilancia Epidemiológica.

**INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES****INFORME EJECUTIVO DE AUDITORÍA**

Página 2 de 13

**AUDITOR LÍDER:
GENOVEVA
GONZALEZ****AUDITOR(ES)
ACOMPAÑANTE(S)
NO APLICA****EXPERTO(S) TÉCNICO(S)
NOMBRE(S)

Dra. MARIA DEL PILAR CHAVES****AUDITOR (ES) EN
FORMACIÓN

LEONOR OSORIO**

A continuación se presentan las no conformidades y un resumen de los aspectos favorables y evidencias de la Auditoria al Proceso GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, así como la conclusión registrada en el informe original.

ASPECTOS FAVORABLES

1. Compromiso de los funcionarios del Grupo Nacional de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo y de la Dirección Regional Bogotá en la implementación del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo.
2. Aumento en número de médicos que hacen parte del grupo GNGSST, que han permitido iniciar la elaboración de los profesiogramas de la entidad.
3. Aumento en capacitaciones por parte de la ARL como parte de la gestión del Grupo Nacional de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo.
4. El liderazgo del coordinador del GNGSST que permite el adecuado desarrollo del trabajo en equipo.
5. El compromiso y conocimiento de la facilitadora de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Dirección Regional Bogotá.

DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS**NO CONFORMIDAD No. 1**

Descripción:	ACCIONES CORRECTIVAS No se asegura el adecuado tratamiento de las Acciones correctivas, según lo tiene establecido el INMLCF
Requisito aplicable:	• ISO 9001:2015 numeral 10.2 • Procedimiento institucional GESTIÓN DE ACCIONES CORRECTIVAS, ACCIONES PREVENTIVAS Y ACCIONES DE MEJORA numeral 3.2 Nota 1 • MIPG Séptima dimensión Actividades de Monitoreo
Evidencia objetiva:	1. En la Acción correctiva <u>1862</u> en ISOLUCION: "Política y Objetivos SG-SST": No se registra la validación de la revisión anual de la política en SST para el año 2018. Para la revisión anual de la política 2019 no se registra: firma, difusión, y accesibilidad a todos los niveles; así como la actualización de objetivos acorde con los requerimientos y cambios en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo. Se encontró que: • Se registró en el sistema de información ISOLUCION en el mes de marzo de 2020 y se programó cierre en junio de 2020; sin embargo se realizó seguimiento y cierre hasta el mes de agosto de 2020.

	- Se estableció la misma actividad para la corrección y la acción correctiva. - No se incluyeron las acciones correctivas, de acuerdo con el REGISTRO APROBACION DE CORRECCIONES Y ACCIONES CORRECTIVAS código DG-C-P-15-V11-F11 aprobado y enviado mediante correo electrónico de fecha 2020-03-05 por parte del auditor líder (Dr. Andrés Pabón) de la Auditoría AI-0-16-2019. 2. En la Acción correctiva <u>1863</u> en ISOLUCION: “Responsabilidades SG-SST”: No se asegura la asignación, documentación y comunicación de las responsabilidades específicas a todos los niveles, para el desarrollo y mejora continua del Sistema. Se encontró que: - Se registró en el sistema de información ISOLUCION en marzo de 2020, se programó cierre en abril 2020, se realizó seguimiento en agosto 2020, cierre en septiembre 2020. - Se define corrección pero el seguimiento corresponde a otra actividad. - La Corrección y la acción correctiva corresponden a la misma actividad. (ISO 9001:2015 NUMERAL 10.2.1 b) - No se incluyeron las acciones correctivas, de acuerdo con el REGISTRO APROBACION DE CORRECCIONES Y ACCIONES CORRECTIVAS código DG-C-P-15-V11-F11 aprobado y enviado mediante correo electrónico de fecha 2020-03-05 por parte del auditor líder (Dr. Andrés Pabón) de la Auditoría AI-0-16-2019. 3. En la Acción correctiva <u>1865</u> en ISOLUCION: “Indicadores SG-SST”: No se asegura que se tengan definidos los indicadores que permitan evaluar Estructura, Proceso y Resultados del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, construidos conforme al procedimiento institucional en el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Se encontró que: - Se registró en el sistema de información ISOLUCION en marzo de 2020, se programó cierre en abril 2020; se realizó seguimiento en agosto 2020 y cierre en septiembre 2020. - Se plantea corrección que incluya indicadores de la resolución 312 de 2019, pero el seguimiento dice que se tuvo en cuenta la resolución 830 de 2019. - Se estableció la misma actividad para la corrección y la acción correctiva. - No se incluyeron las acciones correctivas, de acuerdo con el REGISTRO APROBACION DE CORRECCIONES Y ACCIONES CORRECTIVAS código DG-C-P-15-V11-F11 aprobado y enviado mediante correo electrónico de fecha 2020-03-05 por parte del auditor líder (Dr. Andrés Pabón) de la Auditoría AI-0-16-2019.
--	---

NO CONFORMIDAD No. 2

Descripción:	SUSTANCIAS PELIGROSAS No se asegura la existencia de áreas destinadas para el almacenamiento de las sustancias catalogadas como carcinógenas previamente definidas en el PVE-Riesgo Químico.
Requisito aplicable:	- Resolución 312 artículo 16 Ítem 43 Así mismo se debe verificar la existencia de áreas destinadas para el almacenamiento de las materias primas e insumos y sustancias catalogadas como carcinógenas y con toxicidad aguda. - MIPG Séptima dimensión - Ambiente de Control y Actividades de Control.



INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

INFORME EJECUTIVO DE AUDITORÍA

Página 4 de 13

Evidencia objetiva:	SUSTANCIAS PELIGROSAS Aunque se evidenció que existen dos áreas: una para almacenamiento de sustancias químicas y otras para formaldehído, ubicadas en la Dirección Regional Bogotá. No se pudo verificar la existencia de áreas destinadas al almacenamiento de otras sustancias previamente catalogadas como carcinógenas, en el PVE-Riesgo Químico.
----------------------------	--

NO CONFORMIDAD No. 3

Descripción:	PERFIL DE CARGOS No se asegura que se informe al médico que realiza las evaluaciones ocupacionales, TODOS los perfiles de los cargos (profesiogramas), con una descripción de las tareas y el medio en el cual se desarrollará la labor respectiva.
Requisito aplicable:	Resolución 312 artículo 16 ítem 25: <i>Verificar que se le remitieron al médico que realiza las evaluaciones ocupacionales, los soportes documentales respecto de los perfiles de cargos, descripción de las tareas y el medio en el cual desarrollarán la labor los trabajadores.</i> MIPG Séptima dimensión - Ambiente de Control y Actividades de Control
Evidencia objetiva:	Aunque se cuenta con documento que certifica lo siguiente: "Por medio de la presente certificamos que nuestro centro médico SOCIEDAD ENTORNO & COMPAÑÍA LTDA. Identificado con el NIT 830034865-1, recibió por parte de la empresa INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES., Identificado con el NIT 800150861-1, los documentos correspondientes al Profesiograma de Cargos" y correo del envío de los perfiles de cargos remitidos a la IPS SOCIEDAD ENTORNO & COMPAÑÍA LTDA para: Peritos Biología 2015, Peritos Clínica 2015, Peritos genética 2015, Peritos Lofoscopia 2015, Peritos odontología 2015, Peritos patología 2015, Peritos psicología 2015, peritos psiquiatría 2015 y peritos toxicología 2015; se pudo evidenciar según entrevista con los responsables del proceso que a la fecha NO se han elaborado los perfiles para los demás cargos establecidos en el INMLCF.

NO CONFORMIDAD No. 4

Descripción:	INFORMACION DOCUMENTADA No se asegura el manejo de la información documentada acorde con los procedimientos institucionales.
Requisito aplicable:	ISO 9001:2015 numeral 7.5 Información documentada Procedimiento institucional DG-E-P-002 CONTROL DE REGISTROS Procedimiento institucional DG-E-P-001 CONTROL DE DOCUMENTOS. MIPG Séptima dimensión - Actividades de control
Evidencia objetiva:	<u>REGISTROS</u> 1. El listado maestro de registros de la Unidad organizacional "Grupo Nacional de Gestión de la Seguridad y salud en el trabajo" no contiene los registros de los siguientes documentos: DG-E-P-025 PLANIFICACIÓN DE LOS CAMBIOS EN EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN (SIG)



DG-M-I-115 CONTROL DE ACCESO A LAS ÁREAS RESTRINGIDAS DEL INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES
DG-A-P-105 MOVIMIENTOS DE PERSONAL

2. INFORME DE CONDICIONES DE SALUD elaborado por MEDICAL PROTECTION LTDA no tiene registro de fecha de realización. (carpeta 17 evaluaciones medicas ocupacionales)
3. PROGRAMA DE CAPACITACION GRUPO NACIONAL DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO no está elaborado dentro del sistema integrado de gestión del Instituto, no tiene código ni se encuentra anexo a ningún documento institucional
4. PROFESIOGRAMAS no están elaborados dentro del sistema integrado de gestión del Instituto, no tienen código ni se encuentran anexos a ningún documento institucional.
5. REORIENTACIÓN PLAN DE TRABAJO ANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO 2020 no está en el formato institucional
6. El formato utilizado para la autoevaluación inicial no corresponde al incluido en el DG-A-P-082-F01 además no incluye la fecha de elaboración.
7. Se encontró, que no se realiza la priorización de riesgos como está establecido en la Actividad 3 del Procedimiento IDENTIFICACION DE PELIGROS, EVALUACION Y VALORACION DE RIESGOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO utilizando el Anexo E. Priorización de los Riesgos en SST código DG-A-P-81-V01-F02.
8. El formato utilizado para identificación de peligros y riesgos COVID no corresponde al incluido en el procedimiento institucional DG-A-P-081 en el ANEXO: C MATRIZ IDENTIFICACIÓN RIESGOS EN SST Código DG-A-P-81-V01-F01 Versión:01

DOCUMENTOS

9. Los siguientes documentos se encuentran desactualizados:
 - MANEJO DE ACCIDENTES DE TRABAJO CON RIESGO BIOLOGICO DG-A-PROT01-V01 28/05/2015
 - INVESTIGACION Y SEGUIMIENTO DE LOS ACCIDENTES E INCIDENTES DE TRABAJO DG-A-P-55-V01 09/08/2016
 - INSPECCIONES PLANEADAS DG-A-P-61V01 12/09/2016

NO CONFORMIDAD No. 5

INDICADORES

Descripción:

No se asegura que se hayan definido indicadores que permitan evaluar el Sistema de Gestión de SST teniendo en cuenta los indicadores mínimos señalados en el Capítulo IV de la resolución 312 de 2019 en la Caracterización del proceso GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Código: DG-A-CARACT-023 acorde con los procedimientos institucionales.



Requisito aplicable:	• Resolución 312 de 2019 Artículo 16 Numeral 53. • Norma ISO 9001:2015 Numeral 9.1.3. • DG-E-P-023-V7 GESTIÓN DE INDICADORES INSTITUCIONALES • MIPG Séptima dimensión - Actividades de control
Evidencia objetiva:	Se tienen definidos dentro del SIG varios indicadores así: DE LOS OBJETIVOS DEL SGSST INCLUIDOS EN EL MANUAL DEL SIG Y REPORTADOS EN LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN a. Disminuir los riesgos y peligros evaluados como no aceptables b. Reducir la frecuencia y severidad de los accidentes de trabajo de los servidores, contratistas, subcontratistas y estudiantes en práctica. c. Reducir el índice de incidencia de las enfermedades laborales d. Cumplir con las metas del plan de capacitación y e. Aumentar la cobertura de participación en las actividades y estrategias de promoción y prevención del sistema de gestión en seguridad y salud en el trabajo. DE LOS INDICADORES INCLUIDOS EN LA CARACTERIZACIÓN GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Código: DG-A-CARACT-023 1. Ejecución del plan de trabajo anual del SGSST Número de actividades de prevención desarrolladas del plan de trabajo anual*100/Número de actividades de prevención propuestas en el plan de trabajo anual 2. Implementación de medidas de Control de riesgos y peligros de SST Número de medidas de control priorizadas que fueron implementadas * 100 / Número total de medidas de control priorizadas para intervención en el periodo 3. Variación de disminución en accidentes laborales (ML) (Número de accidentes laborales ocurridos en el periodo - Número de accidentes laborales ocurridos en el periodo anterior) / (Número de accidentes laborales ocurridos en el periodo anterior) 4. Tasa de incidencia de enfermedades laborales. Número de casos nuevos de enfermedad laboral que aparecen dentro del periodo/ número total de trabajadores expuestos al riesgo dentro del periodo* 100 5. Cumplimiento de los requisitos normativos aplicables en Seguridad y Salud en el Trabajo Número de requisitos legales en SST cumplidos en el periodo *100/Número de requisitos en SST identificados en el periodo Se tienen definidos en excel varios indicadores así: De estructura: • Evalúa el cumplimiento a nivel de documentación básica del SGSST contemplados en el artículo 2.2.4.6.20 del Decreto 1072 de 2015 De Proceso: • Evaluación inicial del SG-SST • Ejecución de Plan de trabajo del SG-SST • Identificación de peligros • Cobertura en evaluaciones médicas ocupacionales • Ejecución de acciones correctivas generadas de las Investigaciones de ATEL • Ejecución del cronograma de Mediciones higiénicas • Desarrollo de los PVE • Cumplimiento de investigación de accidentes y enfermedades laborales • Registro estadístico de enfermedades laborales, incidentes, accidentes de trabajo y ausentismo laboral por enfermedad. • Ejecución del plan para la implementación del plan de emergencias • Estrategia de conservación de documentos De resultado: • Cumplimiento de los requisitos normativos • Cumplimiento de los Objetivos SST • Implementación de medidas de controles de riesgos y peligros de SST • Variación de disminución en accidentes laborales (ML) • Evaluación de los resultados de los programas de rehabilitación de salud de los trabajadores • Tasa de incidencia de enfermedades laborales • Frecuencia de los accidentes laborales • Severidad de los accidentes • Mortalidad de los accidentes laborales • Ausentismo laboral por enfermedad común • Evaluación de las acciones preventivas, correctivas y de mejora. Sin embargo: 1. Los indicadores de los objetivos del SG-SST no corresponden a los mismos de la caracterización Código: DG-A-CARACT-023. 2. Los indicadores incluidos en la caracterización del proceso Código: DG-A-CARACT-023 no se adhieren a los mínimos establecidos en la Resolución 312 de 2019. 3. El resultado del indicador en la hoja de excel para "Ejecución de Plan de trabajo del SG-SST" cuyo resultado es 89.8% no corresponde al resultado reportado en ISOLUCION donde se reporta una meta de 65 y mediciones 1trim 56.52, 2trim 62.2 y 3trim 60.45 además se informa: "En el tercer trimestre del año 2020, se realizaron 240 actividades de las 397 que se tenían programadas. Debido a la contingencia del covid-19, fue necesario realizar otras actividades que no estaban contempladas en el plan de trabajo".

NO CONFORMIDAD No. 6**Descripción:**

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA (PVE)

**INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES****INFORME EJECUTIVO DE AUDITORÍA**

Página 7 de 13

	No se asegura el diligenciamiento de los PVE acorde con los procedimientos institucionales
Requisito aplicable:	SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA código DG-A-P-100 IDENTIFICAR CONTEXTO Y POBLACIÓN OBJETO PARA LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Actividad 1 y Actividad 2 MIPG Séptima dimensión - Actividades de control
Evidencia objetiva:	<u>El PVE RIESGO QUIMICO</u> no contiene: Fecha, nombre de los autores, Justificación, Alcance, normatividad, población objeto, ni bibliografía. No hay registro de la Base de Datos PVE's, DG-A-P-100-V01-F01 para la determinación de la población objeto. <u>El PVE RIESGO BIOLOGICO</u> no incluye autor, ni fecha de elaboración, presenta inconsistencias como: Numeral 7 hace referencia al profesiograma XX.XXX...X.X y Manual de funciones –Resolución 739 8 de Octubre de 2007 que esta desactualizado. Numeral 7.1 hace referencia a MATRIZ DE PELIGROS E IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS Y CONTROLES (Código xxx.x.xxxx), EVALUACIONES MEDICAS OCUPACIONALES (Código xxx.x..x.) Numeral 7.4. hace referencia a procedimiento MANUAL DE EPP (Código xx.x..xxx) y en las FICHAS DE EPP (Código xx.x..xxx). <u>El PVE RIESGO BIOMECANICO</u> no incluye autor, pares técnicos, no hay definición de la población objeto. No hay registro de la Base de Datos PVE's, DG-A-P-100-V01-F01 para la determinación de la población objeto.

NO CONFORMIDAD No. 7

Descripción:	RENDICION DE CUENTAS No se asegura que se realice anualmente la rendición de cuentas del desarrollo del SG-SST, que incluya todos los niveles de la entidad
Requisito aplicable:	<i>Resolución 312 de 2019 artículo 16 ítem 17 Realizar anualmente la Rendición de Cuentas del desarrollo del Sistema de Gestión de SST, que incluya a todos los niveles de la empresa.</i> MIPG Séptima dimensión - Actividades de control
Evidencia objetiva:	Aunque en la Dirección Regional Bogotá se evidencia registro de Rendición de Cuentas (acta de reunión de coordinadores de fecha 2020-02-24 e informe) NO se cuenta con registros de Rendición de Cuentas del SG-SST por parte del Grupo Nacional de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo para los años 2019 y 2020.

NO CONFORMIDAD No. 8

Descripción:	CUMPLIMIENTO REQUISITOS DE RESOLUCION 666 EN SEDE CENTRAL-REGIONAL BOGOTA
---------------------	---



	No se asegura el cumplimiento de la totalidad de los requisitos incluidos en la resolución 666 de 2020 del Ministerio de Salud, en Sede Central y Regional Bogotá.
Requisito aplicable:	Resolución 666 de 2020 del Ministerio de Salud. Anexo Técnico Protocolo de Bioseguridad para la prevención de la transmisión de COVID-19 numerales 3.1.1 3.1.2 3.4 3.5 MIPG Séptima dimensión Ambiente de Control - Actividades de control
Evidencia objetiva:	Mediante visita a la Sede Central y Regional Bogotá, por parte de la Doctora María del Pilar Chaves, experta técnica y Leonor Osorio como auditora en formación, se encontraron los siguientes hechos: 1. No hay toallas de uso único en los servicios sanitarios (<i>en los registros de entrega de EPP y Toallas de manos para la regional Bogotá se encuentra que de los doce (12) grupos de la regional solo a cuatro (4) se les hizo entrega de toallas de manos: Clínica, Central de Evidencias, Estupefacientes y Psiquiatría; no se entregaron a Información de Personas Fallecidas, Balística, Física, Grupo Regional Administrativo, Grafología, Lofoscopia, Biología ni Toxicología</i>) 2. <i>El gel de manos, colocado en las diferentes dependencias, no tiene etiqueta con concentración y fecha de vencimiento, ni la trazabilidad. (Se verifica en el almacén general del INMLCF, cuando se realiza el ingreso)</i> 3. <i>No se encuentra afiche de la forma correcta de lavado de manos y no se informa la frecuencia.</i> 4. <i>No se dispone de paños y alcohol glicerinado que permitan, a cada persona que lo usa, asear el panel de control del horno microondas.</i> 5. <i>No se han establecido mecanismos de información al usuario de forma visible, legible, que sean oportunos, claros y concisos, sobre las medidas de prevención y atención. (Sala de atención del Grupo de Información de personas fallecidas)</i>

NO CONFORMIDAD No. 9

Descripción:	PLANIFICACION CAMBIOS No se asegura que se realice la planificación de cambios como lo tiene establecido el INMLCF
Requisito aplicable:	• Procedimiento institucional código DG-E-P-025 PLANIFICACIÓN DE LOS CAMBIOS EN EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN (SIG) Actividad 1 tarea 3. • MIPG Séptima dimensión - Actividades de control • ISO 9001:2015 numeral 5.3 literal e) <i>asegurarse de que la integridad del sistema de gestión de la calidad se mantiene cuando se planifican e implementan cambios en el sistema de gestión de la calidad.</i>
Evidencia objetiva:	No se presentó evidencia del envío del cambio identificado en la revisión por la dirección, relacionada con la Resolución 830, al equipo SIG. <i>CAMBIO: "La Resolución 830 que cambio la ubicación orgánica del Grupo y lo separo del proceso de gestión ambiental".</i>

NO CONFORMIDAD No. 10

Descripción:	EXAMENES MEDICOS PREOCUPACIONALES
---------------------	-----------------------------------



INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

INFORME EJECUTIVO DE AUDITORÍA

Página 9 de 13

	<i>No se asegura que las Evaluaciones médicas pre ocupacionales o de reingreso se realicen para determinar las condiciones de salud física, mental y social del trabajador antes de su contratación.</i>
Requisito aplicable:	- Resolución 2346 de 2007 del Ministerio de la Protección Social, por la cual se regula la práctica de evaluaciones medicas ocupacionales y el manejo y contenido de las historias clínicas ocupacionales capítulo II artículo 4 Evaluaciones médicas pre ocupacionales o de reingreso. Son aquellas que se realizan para determinar las condiciones de salud física, mental y social del trabajador antes de su contratación, en función de las condiciones de trabajo a las que estaría expuesto, acorde con los requerimientos de la tarea y perfil de cargo - MIPG Séptima dimensión - Actividades de control
Evidencia objetiva:	EXAMENES MEDICOS PREOCUPACIONALES Revisado el concepto médico, para ingreso, del funcionario XXX quien ingreso al instituto el día 02-mar-2020, se encuentra que el examen de ingreso tiene fecha de 30 de abril de 2020. Evidenciándose debilidades en los controles establecidos.

NO CONFORMIDAD No. 11

Descripción:	EVALUACIONES PERIODICAS No se garantiza que se realicen las evaluaciones médicas de acuerdo con la normatividad y los peligros/riesgos a los cuales se encuentre expuesto el trabajador.
Requisito aplicable:	- Resolución 312 artículo 16 ítem 26 Realizar las evaluaciones médicas de acuerdo con la normatividad y los peligros/riesgos a los cuales se encuentre expuesto el trabajador. - MIPG Séptima dimensión - Actividades de control
Evidencia objetiva:	Revisadas las evaluaciones médicas realizadas a los funcionarios del instituto se encontró que en la historia clínica del funcionario con cedula XXX que se desempeña como conductor, no se le tuvo en cuenta la evaluación de optometría, al momento de generar el concepto y las restricciones respectivas del cargo que desempeña. Evidenciándose debilidades en los controles establecidos.

NO CONFORMIDAD No. 12

Descripción:	COMUNICACIÓN SG-SST: No se asegura una eficaz comunicación interna, que garantice que se den a conocer los programas, evaluaciones y resultados del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.
Requisito aplicable:	- Decreto 1072 de 2015 artículo 2.2.4.6.14; - Resolución 312 de 2019 Artículo 16 Numeral 19; - Norma ISO 9001:2015 Numeral 7.4



	• MIPG Séptima dimensión - Actividades de control
Evidencia objetiva:	Mediante entrevista con la facilitadora (DRB) se informa: • No se ha enviado por parte del GNSST el Plan de trabajo actualizado por COVID-19 a la Dirección Regional Bogotá el cual fue solicitado mediante correo electrónico de fecha 16 de septiembre, para realizar el seguimiento al plan correspondiente al segundo trimestre. • No se retroalimenta por parte del GNSST, acerca de si los funcionarios inscritos por la Facilitadora de la Regional Bogotá, asistieron a las capacitaciones. • No se ha dado a conocer por parte del GNSST la “autoevaluación inicial” según estándares mínimos de la resolución 312. Mediante entrevista con Presidente COPASST (nivel central) se informa: • No se ha enviado por parte del GNSST el Plan de trabajo anual inicial, ni el actualizado por COVID -19.

NO CONFORMIDAD No. 13																								
Descripción:	ACCIDENTES LABORALES No se asegura que el Instituto diligencie completamente el formato del informe de accidente de trabajo (FURAT- Formato Unificado de Reporte de Accidente de Trabajo), dentro de los dos (2) días hábiles siguientes a la ocurrencia del accidente.																							
Requisito aplicable:	• Resolución 312 artículo 16 Reportar a la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) y a la Entidad Promotora de Salud (EPS) todos los accidentes de trabajo y las enfermedades laborales diagnosticadas. Reportar a la Dirección Territorial del Ministerio del Trabajo que corresponda los accidentes graves y mortales, así como como las enfermedades diagnosticadas como laborales. Estos reportes se realizan dentro de los dos (2) días hábiles siguientes al evento o recibo del diagnóstico de la enfermedad. • Resolución 156 de 2005 “Por la cual se adoptan los formatos de informe de accidente de trabajo y de enfermedad profesional y se dictan otras disposiciones” artículo 3: Para tal efecto, el empleador o el contratante deberá diligenciar completamente el informe, dentro de los dos (2) días hábiles siguientes a la ocurrencia del accidente o al diagnóstico de la enfermedad profesional. • MIPG Séptima dimensión - Actividades de control																							
Evidencia objetiva:	<table><tr><th>NOMBRE</th><th>FECHA ACCIDENTE EVENTO</th><th>DEL O</th><th>FECHA REPORTE (FURAT) DE</th><th>INFORMADO POR</th></tr><tr><td>XXX</td><td>2020-05-13</td><td></td><td>2020-05-19</td><td>Mónica Perdomo</td></tr><tr><td>XXX</td><td>2020-06-20</td><td></td><td>2020-06-25</td><td>Mónica Perdomo</td></tr><tr><td>XXX</td><td>2020-03-05</td><td></td><td>2020-03-13</td><td>Dra. María del Pilar Chaves</td></tr></table>				NOMBRE	FECHA ACCIDENTE EVENTO	DEL O	FECHA REPORTE (FURAT) DE	INFORMADO POR	XXX	2020-05-13		2020-05-19	Mónica Perdomo	XXX	2020-06-20		2020-06-25	Mónica Perdomo	XXX	2020-03-05		2020-03-13	Dra. María del Pilar Chaves
NOMBRE	FECHA ACCIDENTE EVENTO	DEL O	FECHA REPORTE (FURAT) DE	INFORMADO POR																				
XXX	2020-05-13		2020-05-19	Mónica Perdomo																				
XXX	2020-06-20		2020-06-25	Mónica Perdomo																				
XXX	2020-03-05		2020-03-13	Dra. María del Pilar Chaves																				

NO CONFORMIDAD No. 14	
Descripción:	INFORME DE GESTION COPASST El COPASST no asegura la presentación del informe de gestión trimestral relacionado con el avance de las actividades y dificultades presentadas



Requisito aplicable:	Resolución 000796 de 8 de noviembre 2019 “Así mismo, trimestralmente deberá presentar un informe de gestión respecto al avance de las actividades y dificultades presentadas”. MIPG Séptima dimensión - Actividades de control
Evidencia objetiva:	Mediante entrevista con funcionarios del COPASST de la sede central se informa que no se han elaborado los informes trimestrales de gestión durante 2020.

NO CONFORMIDAD No. 15

Descripción:	RIESGOS No se asegura la gestión de los riesgos como lo tiene establecido el INMLCF
Requisito aplicable:	- Procedimiento institucional DG-E-P-022 GESTIÓN DE RIESGOS ACTIVIDAD No 5 – MONITOREAR LOS RIESGOS Nota 2: Esta actividad se realiza cuatrimestralmente en la última semana antes del cierre de cada cuatrimestre, así: - Última semana de Abril (1er. Cuatrimestre), - última Semana de Agosto (2º. Cuatrimestre). - última semana de Diciembre (3er Cuatrimestre) ACTIVIDAD No 7. REALIZAR LA AUTOEVALUACIÓN A LOS RIESGOS Efectuar autoevaluación de los Riesgos de gestión y de Corrupción, verificando si se materializó o no el riesgo identificado y tratado en la unidad organizacional. Nota 1: en caso que se haya materializado el riesgo, se deberá informar e implementar acciones correctivas y evaluar el nivel del riesgo. Nota 2: Consultar el ANEXO A “PASO A PASO PARA EL REGISTRO DE RIESGOS EN ISOLUCIÓN” numeral 1.3.6 – Autoevaluación de Riesgos Nota 2: Esta actividad se realiza anualmente, en la última semana de Diciembre (3er Cuatrimestre), junto con el Monitoreo de las Acciones. - MIPG Séptima dimensión – Evaluación del riesgo - ISO 9001:2015 Numeral 6.1
Evidencia objetiva:	En la Acción preventiva 796 en ISOLUCIÓN: “Ocurrencia de accidentes y enfermedades laborales, en los servidores públicos. - Se encuentra que fue cerrada el 28 de agosto de 2020 y no se ha realizado el último seguimiento del año que se realiza cuatrimestralmente en diciembre. - En la última actividad se proponen capacitaciones para los meses de septiembre octubre y noviembre, y al hacer el cierre de la No Conformidad Potencial no se puede realizar el seguimiento para ver la efectividad. - Igualmente para hacer el cierre es necesario evaluar la nueva calificación del nivel del riesgo de acuerdo a lo establecido en la actividad “7- Realizar Autoevaluación de los Riesgos” del Procedimiento de Gestión de Riesgos (Código DG-E-P-022-V6).

OPORTUNIDADES DE MEJORA

ESTUDIAR LA POSIBILIDAD DE:

- Elaborar un **programa de rehabilitación y reincorporación laboral** con el fin de realizar un seguimiento claro de los funcionarios tanto en los accidentes como enfermedades de origen común y de origen laboral con el fin de evitar ausentismos o demandas de origen laboral.
- Diseñar un **Sistema para el manejo de la información** relacionada con Seguridad y Salud en el Trabajo: matriz de peligros, historias clínicas, accidentes de trabajo, seguimientos, capacitaciones, programas de vigilancia etc. que facilite el ingreso y la consulta de la información
- Incluir espermogramas en el **programa de vigilancia epidemiológica** de radiaciones ionizantes.

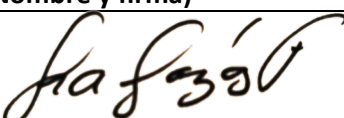
4. Utilizar herramientas de google u otras digitales, para **control de asistencias a capacitaciones**, que facilite la consolidación y lectura.
5. Revisar la posibilidad de realizar de manera permanente actividades para recordar el adecuado **uso de los EPP**
6. Revisar la metodología utilizada en el **análisis de causa de los accidentes** de trabajo y capacitar a los funcionarios designados en la investigación de accidentes laborales de forma que permita elaborar un mejor plan de acción
7. Fortalecer los **equipos de SST** a nivel nacional y regional de acuerdo a la carga laboral establecida en las funciones del SIG.
8. Revisar los documentos institucionales que incluyen **responsabilidades** para el facilitador SST de forma que se puedan unificar e incluir todas las responsabilidades que realmente hacen parte del cargo. Actualmente hay varios documentos donde se especifican responsabilidades: **1)** Resolución 403 de 2020 artículo 17 (aparecen 9 responsabilidades); **2)** Procedimiento "DESARROLLO DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO MEDIANTE EL PLAN DE TRABAJO ANUAL" DG-A-P-082, en el anexo E: describen RESPONSABILIDADES GENERALES DEL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, (aparecen 24 responsabilidades) y **3)** Procedimiento DG-M-P-106 "DESCRIPCIÓN DE ROLES, RESPONSABILIDADES Y AUTORIDADES DEL PERSONAL CLAVE EN EL MARCO DEL SISTEMA". Donde en el anexo DG-M-P-106-AX-001 DESCRIPCIÓN DE ROLES, RESPONSABILIDADES Y AUTORIDADES DEL PERSONAL EN EL MARCO DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN se presentan las Responsabilidades del rol Facilitador del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo y Medio Ambiente (aparecen 30 responsabilidades)
9. Unificar la metodología para la identificación de los **riesgos y peligros** institucionales ya que actualmente se cuenta con tres procedimientos para identificar riesgos: **1)** DG-M-I-071 CONTROL DE RIESGOS A LA IMPARCIALIDAD, CONFIDENCIALIDAD Y A LA VALIDEZ DE LOS RESULTADOS, **2)** DG-E-P-022 GESTIÓN DE RIESGOS y **3)** DG-A-P-081 IDENTIFICACION DE PELIGROS, EVALUACION Y VALORACION DE RIESGOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.
10. **Optimizar la codependencia** con otros procesos para facilitar la ejecución de los recursos.
11. Incluir en cada **Programa de Vigilancia Epidemiológica** la BASE DE DATOS PVE'S, código DG-A-P-100-V01-F01 para poder clasificar los Grupos de Exposición Similar.
12. Revisar la **Política** del SIG de forma que incluya en lo relacionado con Seguridad y Salud en el trabajo: *"información específica para el INMLCF y que sea apropiada a la naturaleza de sus peligros y el tamaño de la organización"*.

CONCLUSIONES DE LA AUDITORÍA

1. Se verificó que las actividades desarrolladas en el proceso de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo **cumplen** con los **criterios de la auditoria**: ISO 9001:2015 Normatividad vigente aplicable y Procedimientos institucionales, encontrando que contribuyen a la mejora continua del SIG. El sistema de gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo se encuentra **implementado en todos sus criterios** y su ejecución se encuentra en **etapa de maduración**.
2. Se encontraron **debilidades** observadas en las no conformidades así: Tratamiento de las Acciones correctivas, existencia de áreas destinadas para el almacenamiento de las sustancias catalogadas como carcinógenas, Establecimiento de PROFESIOGRAMAS para todos los cargos de la entidad, Manejo de la información documentada, Definición de indicadores acorde con lo establecido en la Resolución 312 de 2019, Diligenciamiento de los PVE acorde con los procedimientos institucionales, *Rendición de Cuentas del desarrollo del Sistema de Gestión de SST*, *Cumplimiento de la Resolución 666 de 2020*, Planificación de cambios, Evaluaciones periódicas, Comunicación interna, Diligenciamiento del formato FURAT, Informe de avance de actividades del COPASST, Riesgos, entre otros.



3. Se encontraron **aspectos favorables**: Compromiso de los funcionarios del Grupo Nacional de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo y de la Dirección Regional Bogotá en la implementación del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo; Aumento en número de médicos que hacen parte del grupo GNGSST; Aumento en capacitaciones por parte de la ARL; La Coordinación del GNGSST y El compromiso y conocimiento de la facilitadora SST de la Dirección Regional Bogotá.
4. Se realizó seguimiento a los **planes de mejoramiento** de las auditorías internas encontrando que NO se cumplen todas las directrices establecidas por el INMLCF.
5. Se evaluó la capacidad para determinar **riesgos** y las acciones implementadas encontrando que NO se gestionan cumpliendo todas las directrices establecidas por el INMLCF.
6. Se evidenciaron incumplimientos normativos que pueden ocasionar sanciones por parte de las entidades de control para los cuales se deben revisar los controles y los riesgos
7. Se evaluaron los **controles del proceso Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo** y se encontraron falencias relacionadas en las no conformidades relacionadas en el presente informe.
8. Se realizó visita presencial a la sede central y Dirección Regional Bogotá para la evaluación de la ejecución de los ítems contemplados por la Resolución 666 de 2020, encontrándose que se cumplen los requisitos, excepto los relacionados en la no conformidad No. 8. No se realizó visita a la sede de SERAFIN que se acordó en reunión de apertura de la auditoria, debido a solicitud expresa de la Dirección General, comunicada verbalmente por el Dr. Néstor Raúl Garzón, Coordinador del Grupo Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, teniendo en cuenta que en 3 o 4 semanas aproximadamente se estaría realizando el traslado a la sede central (morgue remodelada) por lo cual no sería viable la realización de las acciones pertinentes.
9. Se realizó la auditoria en la totalidad de la etapa de planeación y **parcialmente** en la etapa de ejecución, en forma **remota**, utilizando las herramientas (Google Calendar) con videoconferencia y mediante revisión documental, aplicando el protocolo de roles para la realización de Auditorías Remotas en el INMLCF; la comunicación fue optima y los dispositivos utilizados no tuvieron ningún contratiempo.

AUTOR LÍDER DEL INFORME (Nombre y firma)	FECHA DE ELABORACIÓN
GENOVEVA GONZALEZ FONSECA 	2020-10-30