



PROCESO: MEJORA CONTINUA  
PROCEDIMIENTO: EJECUCION DE AUDITORIA INTERNA

**FORMATO: INFORME DE AUDITORIA**

Código: F-MC-SI-005

Versión: 2

Fecha: 19/09/2012

Página: 1 de 17

**Auditoría a:**

SCI  
S&SO

SGC  
SRS

SIGA  
SGA

SGSI

## 1. INFORME

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN (SUBSISTEMAS DE GESTIÓN AMBIENTAL Y DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO) DE LA SDIS.

## 2. CRITERIOS DE AUDITORÍA

1. Decreto 652 del 28 de diciembre de 2011 (NTD-SIG 001:2011).
2. Normatividad legal vigente aplicable a los Subsistemas de Gestión Ambiental y Seguridad y Salud en el Trabajo de la Secretaría Distrital de Integración Social - SDIS.
3. Mapa de Procesos de la Entidad y toda la documentación allí incluida.

## 3. LÍDER-ESA DEL PROCESO

El numeral 4.3.a de la NTD-SIG 001:2011, establece que el representante legal, Dr. Jorge Enrique Rojas Rodríguez, es el responsable del diseño, implementación y sostenibilidad del Sistema Integrado de Gestión – SIG. Igualmente, la Resolución SDIS 0096 del 28 de Enero de 2015, en el artículo 3, estipula que el representante legal tiene como responsabilidad el direccionamiento y seguimiento al cumplimiento de los elementos que conforman el SIG y la asignación de recursos necesarios para su funcionamiento.

De conformidad con el artículo quince de la Resolución 0096 del 28 de Enero de 2015, el Representante de la Alta Dirección para el desarrollo, implementación y autocontrol del SIG, es el Director de Análisis y Diseño Estratégico - Dr. Carlos Vladimir Cobo.

Así mismo, de acuerdo con el artículo dieciocho de la mencionada Resolución, la coordinación y gestión de los Subsistemas Auditados, está a cargo del siguiente líder:

1. Subsistema de Gestión Ambiental (En adelante SGA): a cargo del Líder del Proceso de Gestión de Bienes y Servicios, Director de Gestión Corporativa – Dr. Álvaro José Arrieta.
2. Subsistema Seguridad y Salud Ocupacional (Actualmente denominado Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo – en adelante SG-SST): a cargo del Líder del Proceso de Gestión de Talento Humano, Director de Gestión Corporativa – Dr. Álvaro José Arrieta.

Por último, considerando que el alcance de la auditoría cubre todo el SIG en los dos subsistemas auditados, los requisitos verificados se encuentran inmersos en los 12 Procesos Institucionales definidos en el artículo 5 de la resolución mencionada.

## 4. EQUIPO AUDITOR

El equipo auditor que desarrolló la presente auditoría está conformado por:

- El Jefe de la Oficina de Control Interno – Dr. Gustavo Rayo Morales.
- Los Auditores, formados en el 2015 por la SDIS -a través de la Dirección Corporativa- como Auditores Líderes en Gestión Ambiental y Auditores Líderes en Salud Ocupacional
- Los Auditores Internos Integrados (Calidad, Medio Ambiente y Salud Ocupacional - HSEQ) formados también por la Entidad y,
- El equipo de trabajo de la Oficina de Control Interno, así:



PROCESO: MEJORA CONTINUA  
PROCEDIMIENTO: EJECUCION DE AUDITORIA INTERNA

**FORMATO: INFORME DE AUDITORIA**

Código: F-MC-SI-005

Versión: 2

Fecha: 19/09/2012

Página: 2 de 17

**Audidores Líderes:** Dr. Gustavo Rayo Morales, María Ximena Sarmiento, Johanna Paola Caicedo, Giovanni Salamanca Ramírez, Alma Victoria Iregui Ortiz, Anny Esperanza Vargas, Deyanira Osorio, Luz Stella Carvajal, Esperanza Parra y Francisco del Vecchio (OCI); Teresa Victoria Dávila Sanabria, Viviana Lucia Mendoza y Ginna Catalina Cruz (DADE); Ruth Nayiber Guavita Moreno (Subdirección de Adultez), Sandra Esperanza Ávila Pérez y María Elena Quintero Ramos (Dirección Territorial), María Suslay Sánchez Ortíz (Dirección Poblacional) y María Nelly Bonilla Barragán (Subdirección Local Barrios Unidos-Teusaquillo).

**Audidores Internos HSEQ:** Luis Alfredo López Farfán (Subdirección Local Engativá), Sergio Lora Montaña (Subdirección Local Ciudad Bolívar), Carlos Humberto Miranda (Subdirección Administrativa y Financiera), Deisy Yolima Gutiérrez (Contabilidad), Carol Adriana Niño (Subdirección Local San Cristóbal), Deisy Munar Cardozo (Subdirección Local Suba), Jilmar Hernandez (Dirección de Gestión Corporativa), Magaly Correa Rivera (Subdirección Local Bosa), Luz Marina Nemeguen (Subsecretaría) y María Helena Lancheros (Subdirección Local Barrios Unidos-Teusaquillo).

**Audidores Acompañantes OCI:** Adriana Morales, Pedro Infante, Jairo García, Iris Córdoba, Astrid Villanueva, Mauricio Rodríguez, Mercy Restrepo, Luis Guillermo Patiño, Karen Andrea Méndez, Germán Espinosa, Cristian Camilo Salcedo, Leonardo Prieto y Sandra Carolina Torres.

## 5. OBJETIVO

Verificar el cumplimiento legal, normativo y organizacional del Sistema Integrado de Gestión SIG, en los subsistemas de Gestión Ambiental y de Seguridad y Salud en el Trabajo acorde con la normatividad vigente y con los requisitos internos establecidos a través de la documentación vigente.

## 6. ALCANCE DE LA AUDITORÍA

El alcance de la presente auditoría cubre el Sistema Integrado de Gestión de la SDIS en los Subsistemas de Gestión Ambiental y Seguridad y Salud en el Trabajo.

## 7. METODOLOGIA

El proceso inició con la convocatoria del Jefe de Control Interno a los auditores formados por la SDIS para que hicieran parte del equipo auditor, la cual fue atendida por 19 auditores de 20 convocados.

El equipo coordinador de la auditoría (Auditores líderes de la OCI) definió la metodología y cronograma para su planeación y ejecución, así:

- Los requisitos relacionados con el Planear (P), el Verificar (V) y el Actuar (A) de ambos Subsistemas, se verificaron en el nivel central por el equipo coordinador de la auditoría, no obstante algunos de estos requisitos se confirmaron en las visitas de campo de las unidades operativas, mediante la aplicación de un cuestionario que tenía por objetivo medir el grado de conocimiento y apropiación por parte de los funcionarios y contratistas de la entidad de aspectos relevantes de estos dos subsistemas.
- Los requisitos del Hacer (H) se verificaron por parte de todos los equipos auditores, en las unidades operativas seleccionadas mediante la aplicación de una lista de verificación estándar en campo.
- La muestra de la auditoría (mínimo 62 sedes), fue tomada bajo la metodología de muestreo probabilístico aleatorio simple para poblaciones finitas, con un Universo de 822 sedes (Información Mapoteca web SDIS, corte a 31 de Abril de 2015). Esta muestra arroja un nivel de confianza del 90% y un error máximo de estimación del 10%.



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

PROCESO: MEJORA CONTINUA  
PROCEDIMIENTO: EJECUCION DE AUDITORIA INTERNA

FORMATO: INFORME DE AUDITORIA

Código: F-MC-SI-005

Versión: 2

Fecha: 19/09/2012

Página: 3 de 17

**Matriz de Tamaños Muestrales para diversos márgenes de error y niveles de confianza, al estimar una proporción en poblaciones Finitas**

N [tamaño del universo] **822**

← Escriba aquí el tamaño del universo

p [probabilidad de ocurrencia] **0,5**

← Escriba aquí el valor de p

Nivel de Confianza (alfa)	1-alfa/2	z (1-alfa/2)
90%	0,05	1,64
95%	0,025	1,96
97%	0,015	2,17
99%	0,005	2,58

Fórmula empleada

$$n = \frac{n_o}{1 + \frac{n_o}{N}} \quad \text{donde:} \quad n_o = p*(1-p)* \left( \frac{z(1-\frac{\alpha}{2})}{d} \right)^2$$

**Matriz de Tamaños muestrales para un universo de 822 con una p de 0,5**

Nivel de Confianza	d [error máximo de estimación]									
	10,0%	9,0%	8,0%	7,0%	6,0%	5,0%	4,0%	3,0%	2,0%	1,0%
90%	62	75	93	118	152	203	278	391	552	732
95%	86	104	127	158	201	262	347	464	612	757
97%	103	124	150	186	234	299	388	505	643	768
99%	138	164	198	240	296	368	459	569	686	783

- Por otra parte, la muestra mínima a auditar en relación con las personas que diligenciaron el cuestionario es de 447 tomando como universo un total de 14.000 (corte aproximado a junio 30/2015), entre funcionarios de planta y contratistas, con un nivel de confianza del 99% y un error máximo de estimación del 6.0%.

**Matriz de Tamaños Muestrales para diversos márgenes de error y niveles de confianza, al estimar una proporción en poblaciones Finitas**

N [tamaño del universo] **14.000**

← Escriba aquí el tamaño del universo

p [probabilidad de ocurrencia] **0,5**

← Escriba aquí el valor de p

Nivel de Confianza (alfa)	1-alfa/2	z (1-alfa/2)
90%	0,05	1,64
95%	0,025	1,96
97%	0,015	2,17
99%	0,005	2,58

Fórmula empleada

$$n = \frac{n_o}{1 + \frac{n_o}{N}} \quad \text{donde:} \quad n_o = p*(1-p)* \left( \frac{z(1-\frac{\alpha}{2})}{d} \right)^2$$

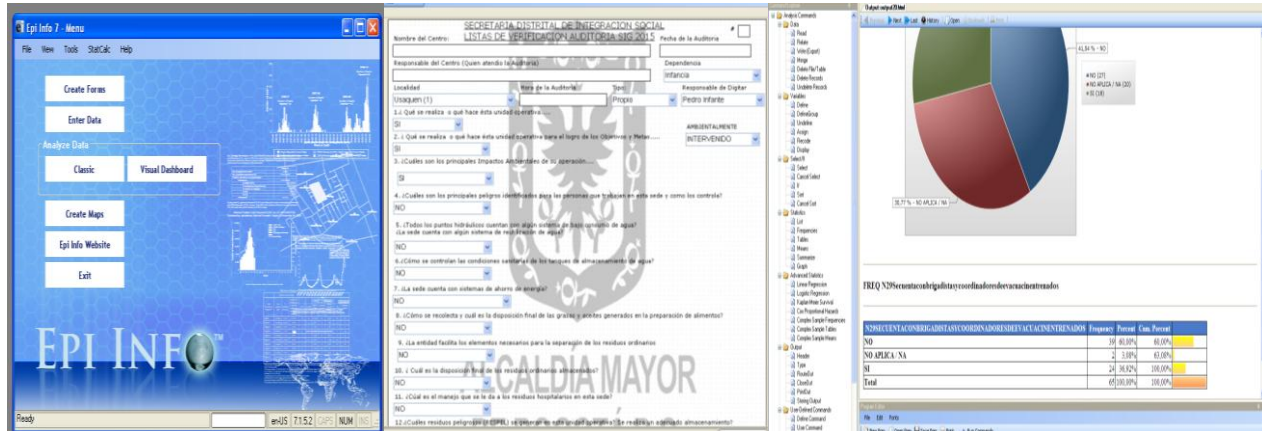
**Matriz de Tamaños muestrales para un universo de 14000 con una p de 0,5**

Nivel de Confianza	d [error máximo de estimación]									
	10,0%	9,0%	8,0%	7,0%	6,0%	5,0%	4,0%	3,0%	2,0%	1,0%
90%	67	83	104	136	184	264	408	709	1.501	4.542
95%	95	118	148	193	262	374	576	992	2.050	5.696
97%	117	144	182	236	320	456	699	1.196	2.432	6.395
99%	164	202	255	332	447	635	968	1.633	3.207	7.603

- El 22 de Mayo de 2015 se realizó reunión de socialización de la metodología con los auditores que atendieron la convocatoria y los auditores de control interno, para un total de 41 auditores, conformando 14 grupos de trabajo. El 4 de junio se socializó la lista de verificación estándar a todo el equipo auditor. La revisión documental se realizó del 25 de mayo al 05 de junio de 2015 y la auditoría in situ se llevó a cabo del 09 de julio al 31 de julio. La programación semanal de las visitas, fue informada los días viernes al equipo auditado, a los canales de comunicación (definidos en la reunión de apertura) y a toda la entidad mediante copia de la programación por el correo masivo institucional.



de Enfermedades (Atlanta- Georgia) con la ventaja de ser un software de distribución gratuita. Se capacitaron los equipos auditores en dicha materia para la correspondiente alimentación de las listas de verificación de las visitas. Con este insumo se procedió a realizar las estadísticas, consolidación y análisis de la información derivada de la auditoría.



Una vez finalizado el proceso y entregado el informe final, se realizará la reunión de entrega de certificados por parte del Equipo Directivo a los Auditores, en Septiembre de 2015.

## 8. PERIODO DE EJECUCIÓN DE LA AUDITORÍA

La presente auditoría se realizó del 05 de mayo al 28 de Agosto de 2015. Iniciando con la convocatoria interna de auditores formados por la SDIS y finalizando con la entrega del informe definitivo. Se verificó información del primer semestre de 2015, sin embargo en los casos en que no se presentó evidencia para este periodo frente a los requisitos auditados se verificaron evidencias del 2014.

## 9. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROCESO

El Sistema Integrado de Gestión – SIG, de la Secretaría Distrital de Integración Social- SDIS, es el conjunto de orientaciones, procesos, políticas, metodologías, instancias, instrumentos, y acciones orientadas a garantizar un desempeño articulado y armónico, para el cumplimiento de su misión y objetivos institucionales.

El SIG incluye dentro de sus Subsistemas el Subsistema de Gestión Ambiental (SGA) y el Subsistema de Seguridad y Salud Ocupacional (S&SO).

El Sistema de Gestión Ambiental tiene por objetivo Implementar el Plan Institucional de Gestión Ambiental – PIGA-, de la Secretaria de Distrital de Integración Social, durante la Vigencia 2012 – 2016, mediante el desarrollo de programas y estrategias los cuales se articulan y enfocan con el Plan de Desarrollo Distrital “BOGOTÁ HUMANA” en el Capítulo III, Eje Estratégico 2, como una entidad que aporta en el logro de “Un territorio que enfrenta el cambio climático y se ordena alrededor del agua”.

El Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo tiene por objetivo mantener el desarrollo del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Secretaria Distrital de Integración Social, a partir de una clara caracterización de riesgo, con la aplicación de medidas de intervención que permitan mejorar las condiciones de trabajo y brindar bienestar integral en los sitios y ambientes laborales a los servidores y servidoras públicas.



## 10. HALLAZGOS

En la identificación de los hallazgos se enuncian inicialmente las FORTALEZAS, o sea, aquellas actuaciones relevantes detectadas por el equipo auditor en el transcurso de la auditoría; luego, se mencionan las OPORTUNIDADES DE MEJORA, situaciones que no implican incumplimientos de requisitos, pero que deben ser tenidas en cuenta para realizar mejoras en los procesos o mitigar posibles riesgos y por último se plasman las NO CONFORMIDADES que son incumplimientos de requisitos. Es preciso elaborar un plan de mejoramiento en el cual se deben incorporar tanto las acciones de mejora en relación con las oportunidades de mejora, las acciones preventivas para atender los riesgos advertidos, así como las correcciones y acciones correctivas correspondientes a las no conformidades, para lo cual se debe tener en cuenta el procedimiento de acciones de mejora y su correspondiente instrumento de seguimiento y control.

### 10.1. FORTALEZAS

#### PLANEAR:

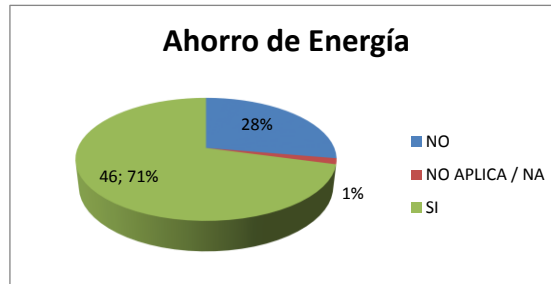
- 10.1.1 Se han desarrollado actividades que promueven el desempeño ambiental como las acciones de socialización dirigidas por el equipo ambiental y la Semana Ambiental en el mes de junio de 2015, que incluyó la participación tanto de servidores de planta como contratistas, sin importar si eran de predios priorizados e intervenidos en el marco del PIGA.
- 10.1.2 Los documentos estratégicos relacionados con el SGA están asociados y publicados en el Proceso de Direccionamiento Estratégico y los Operativos asociados y publicados al de Bienes y Servicios que es un proceso de apoyo.
- 10.1.3 El compromiso de la entidad y del equipo de trabajo de Gestión Ambiental con el SGA tal y como fue reconocido por la SDA por dos años consecutivos otorgando el primer puesto (2013 y 2014).
- 10.1.4 La buena disposición de los diferentes equipos de trabajo auditados del SG-SST y del SGA, así como la atención en todas las sedes visitadas.
- 10.1.5 La Política del SGA, la cual fue adoptada mediante Resolución y se encuentra publicada en los documentos del Proceso de Direccionamiento Estratégico acorde al ciclo PHVA que maneja el mapa de procesos de la SDIS.
- 10.1.6 La forma de planear del SGA a través del Acto Administrativo que conforma las mesas técnicas y locales en materia ambiental, delegando funciones a estas mesas y solicitando un representante de cada área o proceso mitigando el riesgo de asignar funciones a contratistas a través de resoluciones.

#### HACER:

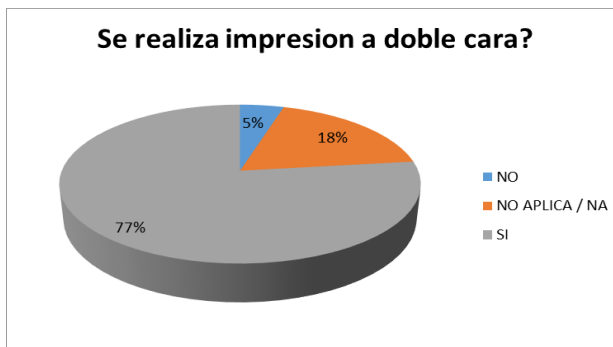
- 10.1.7 La identificación de necesidades de infraestructura física, equipos, software y mobiliario derivado de la valoración de los aspectos ambientales y riesgos laborales tanto del SG-SST como del SGA, los cuales se pueden evidenciar en memorandos y correos enviados a las áreas competentes de atender estas necesidades (Subdirección de Plantas Físicas, Subdirección de Gestión y Desarrollo de Talento Humano y Grupo de Apoyo Logístico).
- 10.1.8 Las dos líderes operativas de los subsistemas evaluados cuentan con la competencia requerida para la implementación y mantenimiento de los subsistemas.
- 10.1.9 Se logró la actualización de dos actos administrativos del SGA durante el transcurso de la auditoría a saber: Comité de Coordinación del Plan Institucional de Gestión Ambiental-PIGA – Resolución 856 del 24 de junio de 2015 y Designación del Gestor Ambiental – Resolución 1038 del 23 de julio de 2015.
- 10.1.10 En la actualidad el COPASST de la SDIS cuenta con un acto administrativo de creación (Resolución 0933 del 27 de agosto de 2014) y el nombramiento de sus miembros fue realizado de acuerdo con lo normado en el Decreto 1443 de 2014.
- 10.1.11 El COPASST ha sesionado 10 veces en 2015 con evidencia de 9 actas aprobadas hasta el momento, estando conforme a lo establecido en la ley.
- 10.1.12 Existe evidencia documental de la gestión ambiental de cada uno de los predios de la Entidad, con corte a 30 de Junio, a los cuales se les han realizado sus diagnósticos ambientales.
- 10.1.13 Se gestionó la realización de una encuesta de Riesgo Psicosocial en la cual participaron 1166

trabajadores de la entidad en Diciembre de 2014, con resultados y análisis de la misma por parte de la firma Individual.

10.1.14 El 70,77% de las de las unidades operativas auditadas cuentan con sistemas de ahorro de energía, lo cual denota el cumplimiento de Resolución 242 de 2014 artículo 13 numeral 2, Decreto 895 de 2008 artículo 1 y la NTD SIG Literal c del numeral 5.2.



10.1.15 El 77% de las Unidades operativas visitadas, tiene la cultura de impresión a doble cara, así mismo se evidencia que el 74% de las unidades utiliza papel reciclado para las impresiones y desarrollo de sus actividades, atendiendo la Directiva 003 del 04 de noviembre de 2009 numerales 3 y 4 (lineamientos ambientales) y la Resolución 289 del 22 de marzo de 2013, artículo 3.



10.1.16 Del 100% de las unidades operativas visitadas, 44,62% no les aplica el Plan Integral para el encapsulamiento de aceite vegetal usado y recolección de grasas, en el resto de las sedes donde si aplica (36 sedes de las 65), el 63,9% realiza adecuadamente la disposición final de las grasas y aceites generados en la preparación de alimentos cumpliendo el Plan Integral para el encapsulamiento de aceite vegetal usado y recolección de grasas.

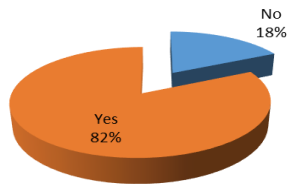
10.1.17 De las 65 sedes visitadas, en el 68% (44 sedes), se cuenta con barreras de protección personal como Gorros, tapabocas, guantes quirúrgicos).

10.1.18 Se evidenció que en las unidades operativas visitadas, el 70,77% (46 sedes) cuenta con pasillos libres de obstáculos y obstrucciones, cumpliendo así la Ley 9 de 1979 Art. 94 y 95, Resolución 2400 Artículos 203, 234, 302, 362, 412, 429, 472, Todo el capítulo 3 (Andamios y escaleras), Artículo 669, Artículo 700, y la NTD SIG literal d) del numeral 5.2.

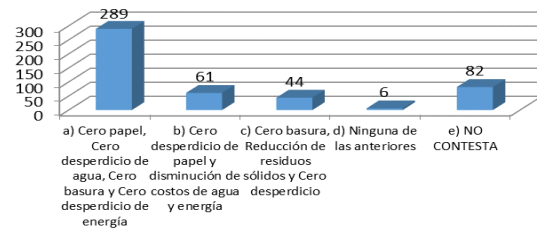
10.1.19 En el 66,15% de las unidades operativas (43 unidades), se evidenció que las áreas se encuentra debidamente demarcadas y señalizadas como por ejemplo: Alarma de Incendios, Extintores, Piso Resbaloso, Camillas, Ruta de Evacuación, Identificación de los lugares - Baño, enfermería, cocinas, entre otros, cumpliendo Ley 9 de 1979 Art. 91-93 y Resolución 1016 de 1989 Art.11 (Literales 17).

10.1.20 Del total de encuestados, 371 manifiesta a través del Cuestionario conocer las Políticas de la Cultura "Cero si se puede" y así mismo el 59,96% las identificaron adecuadamente (Cero papel, Cero desperdicio de agua, Cero basura y Cero desperdicio de energía).

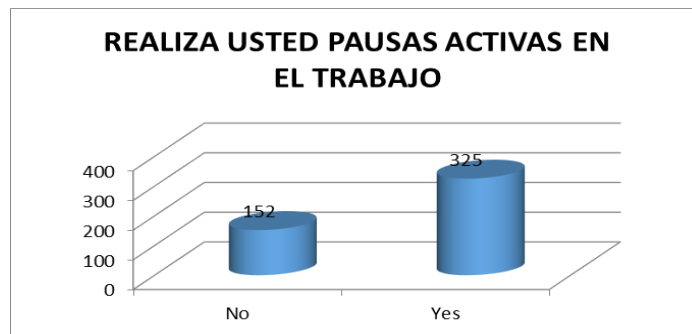
**CONOCE LAS POLITICAS DE LA CULTURA  
"CERO SI SE PUEDE"?**



**ESTAS POLITICAS SON:**



10.1.21 El 68.13% de las personas manifestaron a través del cuestionario que realizan pausas activas en el trabajo.



10.1.22 Los resultados arrojados por las 11 sedes que se encuentran tercerizadas y que fueron evaluadas en la muestra, las cuales registran porcentajes de cumplimiento general mayores al 70%, frente a los ítems evaluados.

**VERIFICAR:**

10.1.23 La capacitación dada por la entidad en el 2015 para formar auditores internos tanto Integrados (HSEQ) como líderes para los subsistemas de Calidad, Ambiental y Salud Ocupacional.

**ACTUAR**

0.1.24 La gestión realizada frente a los planes de mejoramiento derivados de auditorías anteriores a la gestión ambiental (tanto hallazgos externos de Contraloría como internos) puesto que se encuentran gestionados y cerrados los internos y a la espera de cierre, por parte del ente de control, los externos.

**10.2. OPORTUNIDADES DE MEJORA**

**PLANEAR:**

10.2.1 DOCUMENTOS SGA: El PIGA se adoptó mediante Resolución 033 del 15 de enero de 2015 derogando la Resolución 1631 del 27 de noviembre de 2012. El día de la visita de auditoría y confirmado el 5 de agosto, dicha resolución se encontraba publicada en los documentos asociados al proceso de Gestión de Bienes y Servicios sin especificar su derogación y sin publicar la vigente.

**HACER:**

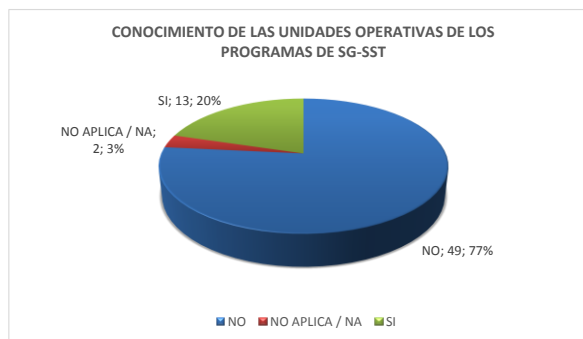
10.2.2 CONTROL CONTRATOS PRESTACIÓN DE SERVICIOS: En los estudios previos para la contratación de prestación de servicios no se contempla un control respecto a las recomendaciones de los exámenes ocupacionales de ingreso, lo cual genera contrataciones de personas que tienen restricciones médico-laborales para desarrollar las obligaciones para las cuales fueron contratados (Ejemplos: maestras con restricción para cargar niños contratadas para labores con niños de primera infancia).



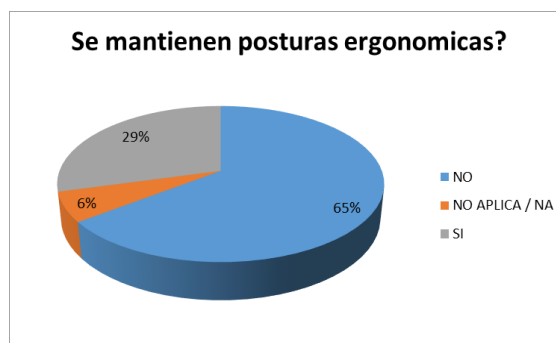
10.2.3 EXÁMENES PERIODICOS: En la actualidad no existe evidencia de la estrategia, criterios a aplicar y fechas en las cuales la entidad realizará el examen periódico a todo el personal, incluyendo contratistas, los cuales también deben ser asumidos por el contratante según Decreto 723 de 2013 artículo 18 “exámenes médicos ocupacionales”.

10.2.4 PROGRAMAS DEL SG-SST: La información relativa a los programas del SG-SST presentan inconsistencias y desconocimiento, lo cual se puede evidenciar en:

- Los programas presentados a todos los auditores en reunión del 04 de junio en el Planetario Distrital no coinciden con los presentados por la profesional a cargo del equipo de salud ocupacional en la visita de auditoría del 17 de junio, quien no presentó el Programa de Protección Contra Caídas
- La totalidad de los Gestores de Talento Humano entrevistados y en el cuestionario preguntado el 38.72% de los entrevistados no reconoce el Programa de Protección Contra Caídas, como un Programa del Sistema de Seguridad y Salud en el trabajo, por lo tanto se evidencia desconocimiento.
- El 76.5% de las unidades operativas auditadas no tiene conocimiento de los programas de Seguridad y Salud en el trabajo, conforme con la siguiente gráfica:



10.2.5. POSTURAS ERGONÓMICAS: A través de las 65 visitas realizadas, se evidenció en el 64.62% (42 unidades), que las personas que allí laboran no mantienen posturas ergonómicas adecuadas.



10.2.6 FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES EN EL SG-SST: En la muestra de los Gestores de Talento Humano, el 60% manifiesta que sus funciones como Gestores no están contenidas dentro de las funciones propias de su cargo, lo cual se confirmó al verificar los cargos que se encuentran desempeñando actualmente que son grados 219-07, 219-09 y 219-14. Así mismo al revisar la última versión del Manual de Funciones y Competencias laborales, publicada en la intranet (Resolución 352 de 2015), existe el cargo con grado 219-13 que está definido para los Gestores de Talento Humano, no

obstante ninguno de los gestores actuales tiene asignado este grado, el cual está orientado a profesiones que en la actualidad no tienen los gestores entrevistados. Adicionalmente el 80% de los Gestores no tiene claridad de cuáles son sus responsabilidades específicas frente al SG-SST lo cual se evidencia en respuesta a la pregunta 8 del Cuestionario, en la cual se preguntaba sobre las responsabilidades de Seguimiento a recomendaciones médicas y apoyo a las convocatorias de seguridad y salud en el trabajo. Esta situación perjudica el correcto funcionamiento del SG-SST, dado que no se cuenta con claridad sobre su rol y las acciones a seguir para la investigación de accidentes leves y el seguimiento a las recomendaciones médico-laborales.

#### VERIFICAR

10.2.7 SEGUIMIENTO AL SGA: Se identificó que el área de Gestión Ambiental cuenta con una herramienta de seguimiento en Excel, no obstante esta herramienta, que sería útil para dar cumplimiento a la Resolución 242 de 2014 en su artículo 6 numeral 4, manteniendo actualizada la información sobre los avances y resultados del plan de acción anual PIGA, está desactualizada.

10.2.8 MAPA DE RIESGOS: Si bien la Entidad cuenta con un Mapa de Riesgos asociado con los procesos y la gestión institucional, dicho mapa de riesgos no incluye riesgos de tipo ambiental ni de salud ocupacional.

### 10.3. NO CONFORMIDADES

#### PLANEAR

10.3.1 ARTICULACIÓN E INTEGRACIÓN DE LOS SISTEMAS: Existe desarticulación entre el Sistema Integrado de Gestión y los Subsistemas evaluados, evidenciado en:

- El no reconocimiento del Representante de la Alta Dirección para el SIG por parte del equipo de trabajo del SG-SST.
- La falta de articulación entre el personal con que cuentan los subsistemas evaluados, teniendo en cuenta que existen Gestores SIG, Gestores de Talento Humano y Gestores y Referentes Ambientales, sin evidenciar la articulación en el territorio de estos tres grupos de trabajo, ni en los diferentes actos administrativos que hacen referencia a estos equipos.
- Ni el SGA ni el SG-SST, conciben el Comité Directivo del SIG ni la Revisión por la Dirección del SIG, como instancias de toma de decisiones para estos subsistemas, ni hay evidencia de decisiones allí tomadas frente a temas ambientales y de seguridad y salud en el trabajo
- La falta de articulación entre el SG-SST y el COPASST puesto que no hay evidencia de que este último sea informado de los resultados de las revisiones por la dirección realizadas en la Entidad.

10.3.2 COMITÉS E INSTANCIAS DECISORIAS: No se cumple la periodicidad mensual, semestral y anual, en las reuniones de las instancias ambientales, conforme a la Resolución 082 del 25 de Enero de 2013, que crea el Comité de Coordinación del PIGA quien debía reunirse 4 veces al año, lo cual no se cumplió en el 2014 y actualmente dos veces al año por el cambio de resolución en el pasado mes de julio, donde en el 2015 tampoco se ha cumplido pues no se ha convocado, afectando el cumplimiento de las funciones de dicho comité según Resolución 242 de 2014 de la SDA, donde por ejemplo se debió aprobar el PIGA 2015 y no hay evidencia de dicha aprobación.

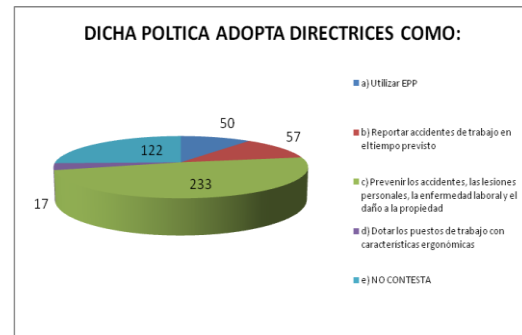
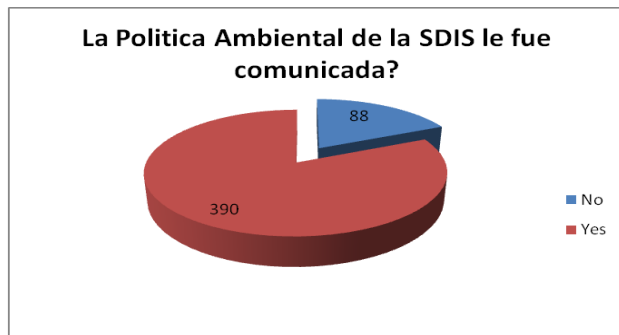
10.3.3 DOCUMENTACIÓN DEL SG-SST: En la actualidad el SG-SST no cuenta con los documentos oficializados a través del SIG, que son de carácter obligatorio conforme a la NTD SIG 001, ni algunos propios del Subsistema, como lo son:

- Objetivos del SG-SST, Indicadores de la política del SG-SST y otros Indicadores del SG-SST (los cuales adicionalmente no se encuentran acorde con el procedimiento de Formulación y Medición de indicadores definido por la entidad)
- Caracterización del proceso de Talento Humano cuya salida es "Programa de Salud Ocupacional formulado e implementado" y los destinatarios son todos los procesos de la SDIS y en ningún otro proceso se ve su interacción como entrada.

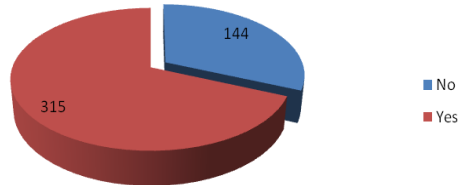
- Procedimientos: investigación de accidentes laborales, identificación de peligros y valoración de riesgos, evaluación de requisitos legales relacionados con la Seguridad industrial y la salud ocupacional y procedimiento para investigar y analizar los incidentes relacionados con las deficiencias en la seguridad industrial y salud ocupacional.
- El Manual del SG-SST no se encuentra oficializado, no cumple los estándares definidos por la DADE para la elaboración de Manuales y adicionalmente presenta inconsistencias en su información como por ejemplo en el numeral 9 expresa que la Auditoría al SG-SST la hace el grupo de trabajo del SG-SST, desconociendo la función de la OCI de evaluación independiente del SIG
- La documentación establecida en el Manual SG-SST, presenta datos diferentes frente a la misma información de entidad y su quehacer, respecto a otros manuales oficiales de la entidad como por ejemplo, el Manual del PIGA y el Manual del SIG en relación a los datos de las personas de planta y contratistas y a la definición de los servicios que presta la entidad.

**10.3.4 POLÍTICAS DE LOS SUBSISTEMAS Y DEL SIG:** La entidad presenta deficiencias en la divulgación y apropiación de las Políticas de los subsistemas evaluados las cuales se pueden evidenciar en:

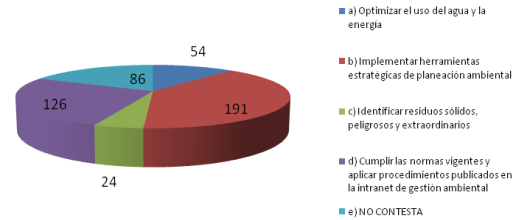
- La forma de oficialización de las políticas no es estandarizada: la del SIG se encuentra publicada en Intranet sin mencionar cuando o cómo fue formalizada y adoptada y la del SG-SST se encuentra firmada por el Secretario y publicada en el proceso de Gestión del Talento Humano sin un documento de adopción, lo cual contraviene el literal j) del numeral 4.1 de la NTD SIG 001.
- La desarticulación de las Políticas de los sistemas evaluados y la Política y los objetivos del SIG y de cómo le aportan unos a los otros.
- Conforme a los resultados obtenidos a través del cuestionario el 81.59% de las personas manifiesta que le fue comunicada la Política Ambiental contrastando que el 60.30% no tiene claras las directrices de la misma por su respuesta plasmada en la pregunta 1 del cuestionario. Así mismo, el 68.63% de las personas manifiesta que le fue comunicada la Política de Seguridad y Salud en el Trabajo pero de igual manera el 51.36% de las personas no tienen claras las directrices de la misma conforme a la respuesta de la pregunta 4. Esto evidencia incumplimiento del literal k) numeral 4.1 de la NTD SIG 001. A continuación se presentan los gráficos:



LA POLITICA DEL SISTEMA DE GESTION DE LA  
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA SDIS  
LE FUE COMUNICADA?



DICHA POLITICA ASUME EL COMPROMISO DE:



HACER

- 10.3.5 **NORMOGRAMA:** Los dos subsistemas evaluados cuentan con una matriz de requisitos legales, sin embargo estas no son de carácter informativo ni explicativo ya que no están incluidas dentro del normograma publicado en la intranet; así mismo no permite dilucidar todas las disposiciones de carácter legal que atañen a los subsistemas, puesto que al verificar con los equipos de trabajo, se encontraron normas de las matrices de requisitos legales de cada subsistema que no están allí publicadas, como por ejemplo la Resolución 242 de 2014 de la SDA; así mismo la matriz legal del SG-SST carece de completitud (faltan las normas NTC GP 1000, MECI 1000:2014, NTD SIG 001:2011, Acuerdo 229 de 2006 entre otras), incumpliendo así la NTD 001 SIG en el literal d) del numeral 4.2.3.
- 10.3.6 **PROCEDIMIENTO PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL NORMOGRAMA:** La entidad cuenta con el formato de solicitud para la actualización, alimentación y cargue en el normograma institucional, Código F-SG-05, del 17 de julio de 2015, no obstante no cuenta con un procedimiento documentado para la construcción del nomograma que establezca la normatividad relacionada con los requisitos legales de seguridad industrial y salud ocupacional, ni los relacionados con el ambiente, incumpliendo los numerales 4.2.3 e) y 6.1 a) 2 y 3 de la NTD SIG 001.
- 10.3.7 **PLAN ANUAL DE SALUD MENTAL (COMISARÍAS DE FAMILIA):** El SG-SST no contempla un plan anual de salud mental, rotaciones periódicas al personal de comisarías para garantizar el equilibrio de las cargas laborales y de su salud mental y no propicia por lo menos cada seis meses, actividades, programas terapéuticos o espacios de intercambio grupales de carácter obligatorio, incumpliendo el Acuerdo 229 de 2006 del Concejo de Bogotá, artículo 8 (Salud Mental) relacionado con la ampliación de las comisarías de familia.
- 10.3.8 **PLAN ESTRATÉGICO DE SEGURIDAD VÍAL:** La entidad no tiene definido e implementado el Plan Estratégico de Seguridad Vial incumpliendo la Ley 1503 de 2011, el Decreto 2851 de 2013 y la Resolución 1565 de 2014.
- 10.3.9 **RECOMENDACIONES MÉDICAS:** Durante las visitas de auditoría no fue posible evidenciar para la vigencia 2015, la ejecución de traslados por recomendaciones médicas, para el personal de planta, que debe realizar el equipo de administración de personal de la Subdirección de Gestión y Desarrollo del Talento Humano, incumpliendo los lineamientos establecidos en la Ley 776 de 2002, Resolución 2346 de 2007 y Ley 1562 de 2012.
- 10.3.10 **RESTRICCIONES MEDICO-LABORALES:** Durante la auditoría se evidencia que no se implementan de manera oportuna las recomendaciones médicas, especialmente para contratistas, soportado en caso de recomendación médica del 19 de diciembre de 2014, reportada al Grupo de trabajo del SG-SST el 16 de

junio de 2015, y sin reubicación a la fecha de la auditoría (Julio 24 de 2015), incumpliendo los tiempos establecidos en la Ley 776 de 2002, Resolución 2346 de 2007 y Ley 1562 de 2012, que infieren que la reubicación debe darse de manera inmediata.

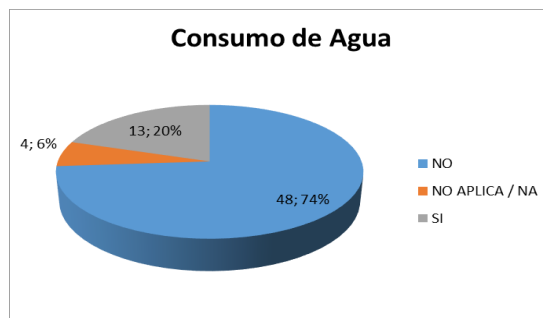
10.3.11 COPASST: En la actualidad el COPASST no cuenta con un reglamento interno aprobado que especifique las funciones que le son asignadas por ley, en especial las conferidas en los Decretos 614 de 1984 artículo 26 (Responsabilidades Comités Medicina, Higiene y Seguridad Industrial) y el Decreto-ley 1295 de 1994, así como la Resolución 2013 de 1986, aunque existe evidencia de remisión del proyecto de reglamento, por parte del COPASST a la Subdirección de Talento Humano, mediante memorando INT-29165 del 30/Abril2015 sin respuesta a la fecha de verificación en la visita de auditoría.

10.3.12 IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS Y CONTROLES OPERACIONALES: La entidad no cuenta con la identificación de peligros y los controles derivados de la misma, incumpliendo los numerales 5.1.k)9 y 5.2.d. de la NTD SIG 001, lo cual se evidenció en:

- Aunque la entidad a través de las personas de la ARL ha iniciado el trabajo de identificación de peligros por sede o unidad operativa, a la fecha no se encuentra documentada y priorizada, esto se pudo confirmar en las visitas a las unidades operativas donde el 76,9% de las unidades operativas auditadas no tienen identificados los peligros que puedan afectar las personas en sus labores.
- Existen peligros identificados de Seguridad y Salud en el Trabajo en la Subdirección de Infancia para los cuales no se han generado oficialmente los respectivos controles operacionales o planes de manejo. Los evidenciados en esta auditoría son: docentes de zona rural que no cuentan con mecanismos de seguridad al salir a realizar su trabajo en veredas y por lo tanto tienen que desplazarse a sitios sin un protocolo de seguridad; personas que realizan visitas domiciliarias a madres gestantes quienes ingresan solos, a casas o apartamentos desconocidos, sin ningún mecanismo de protección o seguridad. En adultez se tomaron algunas medidas de seguridad para los trabajadores de búsqueda activa, pero a la fecha no se encuentran documentadas.

10.3.13 IDENTIFICACIÓN Y TRATAMIENTO DE ASPECTOS E IMPACTOS: El 58,46% del total de las unidades operativas auditadas no tienen identificados los aspectos e impactos ambientales mediante la metodología de evaluación que la entidad ha diseñado para esta labor, de este porcentaje, 13 de los 17 intervenidos (76.47%) no cumple.

10.3.14 SISTEMAS CONSUMO DE AGUA: El 73,85% de las unidades operativas auditadas no cuentan con sistemas de bajo consumo de agua en los diferentes puntos hidrosanitarios ni lavaplatos, tampoco se hace reutilización del agua, de este porcentaje 12 de los 17 predios intervenidos (70.59%) no cumple. Por lo tanto se incumple lo normado en la Resolución 242 de 2014 en su Artículo 13 Numeral 1; el Decreto 3102 de 1997 en sus artículos 6 y 7 y la NTD SIG 001 en su literal c del numeral 5.2.



10.3.15 ELEMENTOS PARA LA SEPARACIÓN DE RESIDUOS ORDINARIOS: El 46,15% de las sedes de la muestra no cuenta con los elementos necesarios para la separación de los residuos ordinarios.

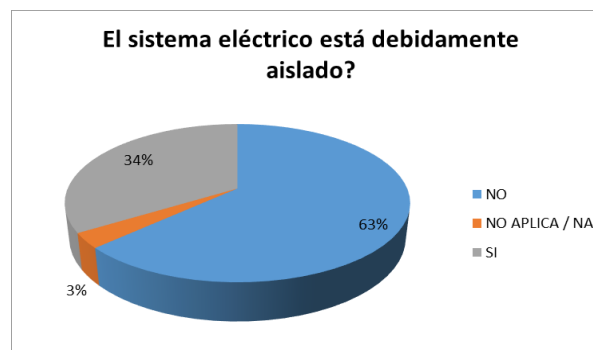
10.3.16 ESPACIO FÍSICO PARA RESIDUOS ORDINARIOS: El 46,15% de las sedes visitadas en la muestra no cuenta con un espacio físico con las características mínimas requeridas para el almacenamiento temporal de los residuos ordinarios (Acabados permiten fácil limpieza, Ventilación, Cubierto, Separación de áreas por tipo de residuos, Orden y aseo, Adecuada accesibilidad para los usuarios, Recipientes o cajas de almacenamiento y señalización para el almacenamiento temporal de los mismos).

10.3.17 PUBLICIDAD EXTERIOR VISUAL: El 100% de las unidades operativas auditadas no cuenta con los registros de su Publicidad Exterior Visual para los avisos en fachada, así mismo el Instructivo llamado Disposiciones técnicas ambientales de los avisos publicitarios en las unidades operativas, no cumple los parámetros legales para Publicidad Exterior visual, incumpliendo el Decreto 959 de 2000, el Decreto 506 de 2003 y la Resolución 931 de 2008 de la Secretaría Distrital de Ambiente artículos 2 y 4.



10.3.18 SEPARACIÓN DE GRASAS: Del 100% de las unidades operativas visitadas, solo al 35% (23 unidades) les aplica el contar con unidades separadoras de grasas, de las cuales en el 65.22% se evidenció que las trampas de grasa no cuentan con un adecuado mantenimiento; incumpliendo la Resolución 3957 de 2009 de la SDA, artículo 23.

10.3.19 SISTEMAS ELÉCTRICOS: En el 63% de las sedes visitadas (41 sedes) se evidenció por parte de los equipos auditores, que las conexiones, extensiones y tomas eléctricas no se encuentran debidamente aisladas (cables sueltos, extensiones expuestas, tomas al alcance de los participantes (niños) sin la debida protección, circuitos eléctricos sin señalización de alta tensión, incumpliendo así la Resolución 1016 de 1989 Artículos 11 (Literales 2, 9, 11; Rama preventiva), y la Resolución 2400 de 1979 Artículo 121.



10.3.20 SISTEMAS DE EMERGENCIA: En relación con la Preparación y Respuesta ante emergencias, se evidenció incumplimiento de la Ley 9 de 1979. Artículo 84 y la NTD SIG numeral 5.5, lo cual se puede



evidenciar en que el 69.23% de las unidades operativas no cuenta con sistemas de emergencia, en el 41,54% de las sedes los extintores no se encuentran debidamente dispuestos, señalizados y recargados y por último en el 92% de las sedes no cuenta con detectores de humo o los que hay están en mal estado.

10.3.21 BRIDADISTAS: A pesar de las solicitudes realizadas a las Direcciones y Subdirecciones de delegar Brigadistas para cada unidad operativa, se puede evidenciar que el 60% de las sedes no cuenta con los mismos, incumpliendo el literal 3 del NTD SIG numeral 5.5 y la Ley 1562 de 2012, Ley 9 Ley 9 de 1979 y Resolución 2400 de 1979, entre otros.

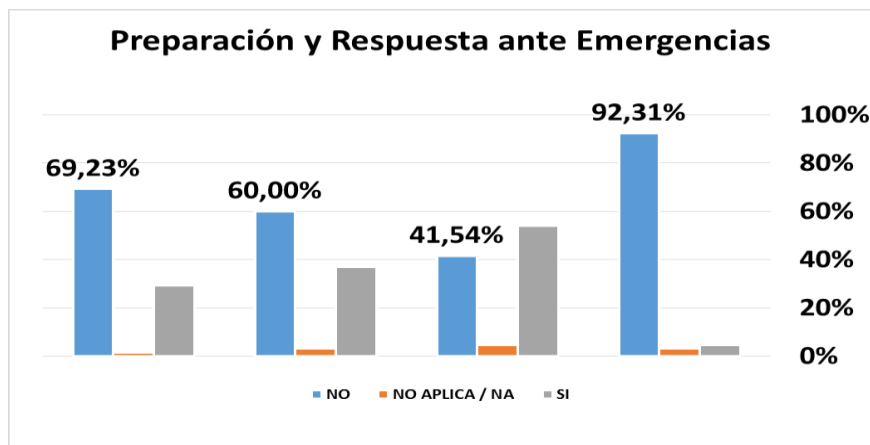


Gráfico: Soporta No conformidades 10.3.22 y 10.3.23

**VERIFICAR**

10.3.22 EVALUACIÓN DE REQUISITOS LEGALES: No existe un procedimiento que permita evaluar los requisitos legales relacionados con el manejo ambiental ni con la seguridad industrial y la salud ocupacional, incumpliendo el requisito 6.1b) 2 y 3 de la NTD SIG 001.

10.3.23 INVESTIGACIÓN DE INCIDENTES: Pese a que el equipo del SG-SST tiene un procedimiento para la investigación de incidentes laborales, la Entidad no cuenta con un procedimiento documentado e implementado para registrar, investigar y analizar los incidentes relacionados con las deficiencias de seguridad industrial y salud ocupacional, las del manejo ambiental, las deficiencias en la gestión legal y los resultados de la evaluación legal, el cual requiere la articulación entre los equipos de trabajo del SGA, SG-SST, Gestión del Riesgo de la Subdirección ICI de Territorial y Equipo de Gestores DADE para el SIG, para el desarrollo e implementación de elementos comunes del SIG, incumpliendo el numeral 6.2.de la NTD SIG 001.

10.3.24 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN: Las revisiones por la Dirección del SIG no han incluido el desempeño ambiental y de salud ocupacional tal y como lo solicitan las entradas en los numerales 4.3 f) y 6.14 d) (numerales 4 y 5 y 7 y 8 respectivamente) de la NTD SIG 001.

10.3.25 MEDICIÓN DE INDICADORES DEL SG-SST: No se evidencia medición, reporte ni análisis, para el primer semestre de 2015, de los indicadores del SG-SST que miden la Política y otros asociados a los programas y actividades propios del sistema, que en la actualidad tienen una frecuencia semestral, verificación realizada con corte a 05 de Agosto de 2015. Adicionalmente, estos indicadores no se encuentran oficializados en el marco del SIG.

**ACTUAR**

10.3.26 INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO: Durante la presente auditoría se evidenció que hay demoras en el reporte de los accidentes de trabajo por parte de los contratistas, lo cual dificulta el estudio oportuno de los mismos, incumpliendo los tiempos establecidos en la Resolución 1401 de 2007, artículos 4 y 14.

10.3.27 MEJORA CONTINUA: Con corte a julio 31 no se evidencia avance en las acciones de mejoramiento derivadas de las auditorías anteriores relacionadas con Salud Ocupacional a saber: 10.3.2 del 26/12/2012; 10.2.1, 10.2.2, 10.2.3, 10.3.1, 10.3.2, 10.3.3, 10.3.4, 11.1 del 17/07/2014 y 10,3,7 (6, 9,10) del 04/12/2014; esto se pudo evidenciar en el no aporte de evidencias de avance en las acciones al equipo auditor durante el ejercicio de auditoría, incumpliendo el procedimiento de acciones de mejora donde el líder tiene la responsabilidad de realizar seguimiento mensual al Plan de Mejoramiento de las auditorías al proceso y así mismo los numerales 7.3 y 7.4 de la NTD SIG 001.

**11. RIESGOS**

La evaluación de los riesgos asociados a los subsistemas evaluados se llevó a cabo mediante la revisión de documentación propia de los subsistemas durante las visitas de auditoría a los equipos del nivel central (Ver Oportunidad de Mejora 10.2.8 y No Conformidades 10.3.12 y 10.3.13).

**12. CONCLUSIONES**

Una vez realizada la verificación del cumplimiento legal, normativo y organizacional del Sistema Integrado de Gestión, en los subsistemas de Gestión Ambiental y de Seguridad y Salud en el Trabajo, acorde con la normatividad vigente y con los requisitos internos establecidos a través de la documentación vigente, se concluye que la entidad registra algunos incumplimientos (Ver no conformidades del numeral 10).

La auditoría se realizó en los tiempos planeados contando con la buena disposición de todo el equipo auditado, auditor y la coordinación oportuna de los gestores y designados en cada proceso para atender este ejercicio.

La auditoría se realizó con técnicas de muestreo aleatorio simple para poblaciones finitas y técnicas de muestreo aleatorio bajo la Norma ISO 2859-10, lo que significa que no todas las no conformidades han sido detectadas, ni que aquellas partes no revisadas no presenten no conformidades.

**13. RECOMENDACIONES**

El equipo auditor considera importante establecer las acciones de mejora definiendo claramente las causas de los hallazgos y planteando acciones que sean viables para su ejecución. Acciones que serán incluidas en el Plan de Mejoramiento el cual requiere formularse dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la entrega de éste informe, máxime cuando la evaluación de los equipos auditores manifiesta que de las 65 sedes visitadas, 19 ameritan generar una alerta temprana. Para lo anterior, el equipo de la Oficina de Control Interno estará dispuesto a prestar la asesoría y acompañamiento que se requiera.

De igual forma, se hace necesario actualizar el plan de acción de ambos Subsistemas, de acuerdo a los resultados evidenciados en la presente auditoría, respecto de los SGA y SG-SST.


**EQUIPO AUDITORES LIDERES**

1. María Ximena Sarmiento
2. Johanna Paola Caicedo

Firma(s):

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	<b>PROCESO: MEJORA CONTINUA</b> <b>PROCEDIMIENTO: EJECUCION DE AUDITORIA INTERNA</b> <b>FORMATO: INFORME DE AUDITORIA</b>	Código: F-MC-SI-005
		Versión: 2
		Fecha: 19/09/2012
		Página: 17 de 17

3. Giovanni Salamanca Ramirez	3. _____
<b>JEFE-A OFICINA DE CONTROL INTERNO</b>	
Dr. Gustavo Rayo Morales	<b>Firma:</b>
<b>FECHA DE ENTREGA</b>	Agosto 27 de 2015