



**INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DE CALIDAD Y MEDIO AMBIENTE
SEDE: DIRECCIÓN EJECUTIVA SECCIONAL MONTERÍA**

Informe año: 2023	Ciclo		
Fecha de elaboración:	DD	MM	AAAA
	26	07	2023

INFORMACIÓN RELACIONADA CON LA AUDITORIA INTERNA REALIZADA EN LA VIGENCIA ANTERIOR						
PROCESO(S) AUDITADO(S) <u>VIGENCIA ANTERIOR: 2022</u>	RELACIONE LOS PROCESOS:		Informe No. 1			
			Fecha Realización Auditoría:	DD	MM	AAAA
				08	08	2022
ESTRATÉGICOS:	Ninguno					
MISIONALES:	Ninguno					
APOYO:	Seguridad y Salud en el Trabajo.					
EVALUACIÓN Y MEJORA:	Ninguno					
Nombre del Auditor Interno:	Sandra Andrade M.		Se elaboró y ejecutó el Plan de Mejoramiento de la Auditoria Interna desarrollado por Auditado.	SI	NO	
Nombre del Auditado:	Mariana Petro Bernal			X		
Se socializó el Informe final de la Auditoria Interna realizada en la sesión de cierre de la auditoria.	SI	NO	Se elaboró y ejecutó el Plan de Mejoramiento de la auditoria externa- Auditoria del ICONTEC	SI	NO	
	X			X		
Se formalizó (firmó) el informe de la auditoria interna realizado.	SI	NO	Se cerraron todos los hallazgos de las auditorias anteriores, en la auditoria realizada en la vigencia anterior.	SI	NO	
	X			X		
Quedó copia del informe final de auditoria interna realizado en la Dependencia.	SI	NO	Se realizó seguimiento y acompañamiento para el cierre de los hallazgos por parte de los Líderes de Proceso.	SI	NO	
	X			X		
OBSERVACIONES:						



INFORMACIÓN RELACIONADA CON LA AUDITORIA INTERNA REALIZADA EN LA VIGENCIA ACTUAL					
PROCESO(S) A AUDITAR EN LA PRESENTE VIGENCIA: 2023		RELACIONE LOS PROCESOS:	Informe No. 2		
ESTRATÉGICOS:			Fecha Realización Auditoría:	DD	MM AAAA
MISIONALES:					
APOYO:	Seguridad y Salud en el Trabajo			26	07 2023
EVALUACIÓN Y MEJORA:					

1. INFORMACIÓN GENERAL

Auditoría No.	2	Fecha de inicio	DD	MM	AAAA	Fecha de cierre	DD	MM	AAAA
			26	07	2023		26	07	2023

AUDITOR LIDER			EQUIPO AUDITOR		
NOMBRES Y APELLIDOS	DATOS DE CONTACTO		NOMBRES Y APELLIDOS	DATOS DE CONTACTO	
	CELULAR	E-MAIL		CELULAR	E-MAIL
Ceferino	3166622478		Leonardo	3043762551	ceo@vavieka.com
Velázquez			Sanabria Castro		

2. OBJETIVO, ALCANCE Y COBERTURA DE LA AUDITORÍA:

OBJETIVO: Determinar la conformidad del Sistema Integrado de Gestión y Control de Calidad y Medio Ambiente SIGCMA, a partir de la validación de los requisitos de las normas NTC ISO 45001:2018, Operaciones Bioseguras, Safe & Healthy y las directrices establecidas por la Entidad, con el fin de velar por el mantenimiento del sistema y por la eficacia, eficiencia y efectividad del SIGCMA.
ALCANCE: Rama Judicial de Poder Público, Consejo Superior de la Judicatura, Dirección Ejecutiva de Administración Judicial, Direcciones Seccionales de Administración Judicial, Coordinaciones Administrativas y Despachos Judiciales.
COBERTURA DEL PROGRAMA (Especifique las Sedes a Auditar): Dirección Ejecutiva Seccional Montería
CRITERIOS DE LA AUDITORIA: NTC ISO 45001:2018 NTC ISO 19011:2018 Decreto 1072 de 2015 Resolución 0312 de 2019 Operaciones Bioseguras, Safe & Healthy Documentos internos (Manuales, Procedimientos e Informes de auditorías internas y externas) Documentos externos tanto legales como reglamentarios de la organización relacionados y articulados con el SIGCMA



3. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA INTERNA DE CALIDAD Y MEDIO AMBIENTE

3.1. RESULTADO DETALLADO

NO.	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	PROCESO	CONFORMIDAD (En las columnas NC y Observación anotar el requisito a que aplica la Evidencia; en la Columna Criterios de auditoria /anotar el numeral de los requisitos auditados)		
			NC	OBSERVACION	CRITERIOS DE AUDITORÍA
1	<p>Descripción: Se realiza la verificación de requisitos normativos existentes para el personal responsable de la implementación del SGSST, para lo cual se solicitan los registros de los cursos de 50 o 20 horas en SST.</p> <p>Evidencia: Se encuentra que de los ocho (8) los miembros del COPASST que lo conforman actualmente, solo se cuenta con el certificado del curso de 50 horas de 5 de ellos.</p>	Seguridad y Salud en el Trabajo	X Menor		5.3
2	<p>Descripción: Se verifica la identificación de peligros, evaluación de riesgos y controles asociados a SST que ha realizado la Entidad, se presenta la “<i>Matriz de Identificación de Peligros, evaluación y Valoración de Riesgos F-SST-01, versión 4</i>”, actualizada en agosto de 2022.</p> <p>Evidencia: Al verificar la herramienta se encuentra que no se ha actualizado la información en la versión 5 del documento, la cual está vigente para 2023.</p> <p>Al verificar el peligro clasificado como “<i>Trabajo en Alturas</i>” se evidencia que no se ha brindado formación para las personas que realizan la supervisión de este tipo de trabajos, por lo que no se conoce de forma precisa las obligaciones como contratantes y los criterios que se deben controlar a las firmas contratistas, pese a ser un control definido y a contar con procedimiento de trabajo en alturas elaborado de abril 20 de 2023.</p> <p>Como control para peligros químicos, derivado de la exposición a polvos, gases y vapores, la seccional ha definido como control existente la realización de “<i>Inspecciones de Seguridad Técnica Integral</i>”; sin embargo, desde agosto de 2022 solo se ha realizado una el 11 de julio de 2023, al verificar otros controles se presenta el “<i>Inventario de Sustancias Químicas F-EVSG-26</i>”, elaborado por el señor <i>Carlos Elías Payares Banda</i>, asesor externo de quien no se puede evidenciar las competencias para brindar este tipo de asesoría técnica (hoja de vida, soportes y</p>	Seguridad y Salud en el Trabajo	X Menor		6.1.2.1 6.1.2.2 6.1.2.3 8.1.2



	<p>licencia). En entrevista con el responsable del almacenamiento de sustancias químicas se evidencia que, no posee capacitación en hojas de seguridad de productos químicos (MSDS).</p> <p>No se identifica la posible materialización de riesgos psicosociales a través de escenarios de acoso laboral y acoso sexual en el trabajo, pese a tener controles de capacitación en acoso laboral.</p> <p>En el mismo documento, al verificar el peligro clasificado como “Sismo / Terremoto” directo”, se describe “La sede judicial está expuesta a la actividad sísmica generada por los diversos sistemas de fallas geológicas activas existentes, en mayor o menor grado - Instituto Distrital de Gestión de Riesgos y Cambio Climático - IDIGER”, lo cual demuestra la falta de actualización del documento, pues el IDIGER es una entidad que emprende acciones y genera lineamientos para la gestión del riesgo de desastres en el Distrito Capital de Bogotá D.C., por lo que carece de competencia en Montería. Este mismo análisis se desprende para el peligro por tormenta eléctrica y rayos.</p>				
3	<p>Descripción: Se verifica la gestión de la organización frente a la determinación y aseguramiento de competencias de sus trabajadores.</p> <p>Evidencia: Se evidencia la seccional no ha identificado necesidades de capacitación asociadas al control del riesgo químico, pese a ser un control que tiene establecido. Al verificar la manera en que se planean las capacitaciones, se indica por parte de la responsable que esa programación viene direccionada desde nivel nacional y que ellos simplemente la cumplen, aunado a lo anterior, esta planificación determina un número de servidores a quien se dirige, valor que se tiene como referencia y no se modifica en la seccional, por lo que no se aprecia cual de estos procesos se dirige a todos los trabajadores. Por ejemplo la capacitación a brigadas y al COPASST, la cual está definida para 10 personas cuando en la seccional los brigadistas y el COE ascienden a 27.</p> <p>Se solicita el registro de la capacitación de primer respondiente llevada a cabo el 14 de abril de 2023, a ellas solo asistieron 16 personas de las 27, pese a que previamente se envió una circular desde la Dirección de Administración Judicial de la Seccional convocando a los brigadistas y al COE.</p>	<p>Seguridad y Salud en el Trabajo</p>	<p>X Menor</p>		<p>7.2</p>



4	<p>Descripción: Se verifica la implementación del control de los procesos para planificar el sistema, se solicita la información de las condiciones de salud de los trabajadores como insumo de la vigilancia en salud.</p> <p>Evidencia: Se presenta un informe de condiciones de salud del año 2022, entregado en el mes de diciembre, en él se puede observar que se realizaron pruebas optométricas, resultando 136 personas con trastornos de refracción y 85 sin ninguna alteración (Emétrope); sin embargo, no se encuentra recomendación o conclusión frente a este hallazgo, aun cuando todos los servidores judiciales hacen uso de videoterminales, información que no fue revisada al momento de la entrega del informe.</p> <p>En el mismo documento se encuentra una recomendación de vincular al SVE para DME a 7 personas a las que se les encontró algún tipo de sintomatología o alguna patología; de estas solo dos (2) se ingresaron al SVE, las otras 5 no.</p>	Seguridad y Salud en el Trabajo	X Menor		8.1.1
5	<p>Descripción: Se verifica la gestión del cambio que realiza la seccional en relación con su SGSST.</p> <p>Evidencia: No se evidencia gestión frente a cambios que impactan el SGSST, pese a existir el procedimiento "Gestión del Cambio en el SGSST, código P-SST-05. Versión 01.</p> <p>Esto se basa en que se presenta una gestión del cambio del 12 de julio de 2023, documentada únicamente por la responsable de SST, con base en un cambio por el traslado de la sede judicial del Municipio de Montelíbano, el formato no está gestionado en su totalidad, no se ha divulgado con el COPAAST y no involucra otras áreas como son los despachos objeto del cambio y el área administrativa. Se informa además que el personal de esa sede se trasladó a las instalaciones desde el mes de septiembre de 2022, por lo que esta gestión del cambio debió ser documentada, analizada e implementada antes de surtirse este cambio temporal. El mismo escenario se repite con una gestión del cambio para la sede del municipio de Canaletes, la cual se documenta en julio 14 de 2023, cuando el cambio de dio desde el 30 de junio de 2023.</p>	Seguridad y Salud en el Trabajo	X Menor		8.1.3

NC: No conformidad.

3.2 FORTALEZAS

La Entidad cuenta con personal idóneo y comprometido con su SGSST, lo cual se evidencia a través de una sólida y comprometida gestión, tanto así que el ejercicio de auditoría fue acompañado de forma permanente por el COPASST.



Se debe destacar las acciones preventivas del Comité de Convivencia Laboral, el cual ha desarrollado capacitaciones sobre Ley 1010 de 2006 y prevención del Acoso Laboral en varias sedes y despachos de la seccional.

Se destaca el aseguramiento del proveedor de los servicios médicos ocupacional, frente a los requisitos de licencias y habilitación, las cuales son solicitadas y verificadas, dando cumplimiento a la legislación nacional vigente.

6	<p>Descripción: Se realiza la verificación de la documentación, análisis y cierre de los hallazgos resultantes de la auditoría externa llevada a cabo por ICONTEC, se solicitan los soportes de la gestión.</p> <p>Evidencia: Se presenta el reporte de acciones preventivas correctivas y de mejora, en este archivo se toman las hojas 1, y 3, correspondientes a dos de los hallazgos del ejercicio de auditoría anterior, evidenciándose lo siguiente:</p> <p>NC 1. <i>La Rama Judicial no asegura que se establezcan, implementen y mantengan los procesos necesarios para prepararse y responder ante situaciones de emergencia potenciales, presentando desviaciones.</i></p> <p>Frente a ese hallazgo el análisis fue el siguiente:</p> <p><i>“porque no se cuenta con alarmas en la sede Elite y el Palacio de justicia, además de soporte de mantenimiento de la red contra incendios”</i></p> <p>Se evidencia entonces que las 3 actividades que se plantean para implementar y mantener procesos ante emergencias consistieron en realizar solicitudes a la Dirección Administrativa y todos ellos bajo la responsabilidad de Bienestar y SST; así se puede observar que no hay una sola acción de implementación de alarmas bajo la responsabilidad de la Dirección Administrativa o de la realización de pruebas a la red contra incendios, pues no se evidencia su participación frente a la verdadera acción de cierre. En este sentido, en el espacio de “Revisión” se evidencia que las acciones no fueron eficaces, explicando que no se ha realizado la instalación sobre la que giraron las 3 solicitudes, por lo que frente a la verdadera causa que origino el hallazgo no se tomó una medida por parte de la Entidad, únicamente se tomaron 3 acciones por una de sus dependencias.</p> <p>NC 3. <i>La Entidad no garantiza que en todas las sedes se estén planificando, implementando, controlando y manteniendo los procesos necesarios para eliminar peligros y reducir riesgos conforme a los criterios establecidos, a la implementación de</i></p>	Seguridad y Salud en el Trabajo	X Menor	10.2
---	---	---------------------------------	---------	------



<p><i>los controles necesarios, al mantenimiento de información documentada y adaptación del trabajo a los trabajadores.</i></p> <p>Frente a ese hallazgo el análisis fue el siguiente:</p> <p><i>“porque se evidenció el no cumplimiento de varios procedimientos en el SGSST”</i></p> <p>Se evidencia entonces que al parecer, el hallazgo se produce por la observación de 3 diferentes escenarios de riesgo, pues no fueron descritos de manera precisa y detallada, de tal forma que se pudiera hacer entender la causa y el análisis.</p> <p>El primero se produce cuando se encuentra un trabajador de una firma contratista que realizaba una actividad y no contaba con los soportes de pago de aportes a seguridad social, por lo que la acción que se implementó es detener la obra y solicitar los pagos; sin embargo, sin considerar la causa raíz que permitió que el trabajador estuviese allí, las acciones para prevenir un nuevo evento y tampoco se tomaron acciones frente a la entrega y uso de EPP aun cuando fueron detectados trabajadores sin la respectiva dotación, según correo del 17/08/2022. En este análisis no se evidencia la participación de otras áreas de la Entidad, como tampoco acciones y responsables de estas para un cierre adecuado, como el supervisor del contrato o acciones como la verificación de los requisitos técnicos y legales que tienen los contratistas y la forma en que se controlan previamente.</p> <p>El segundo escenario, se produce al parecer por la identificación de un vehículo al que no se le había diligenciado el formato preoperacional, la acción consistió en indicar que desde SST se entregaban los formatos preoperacionales, pero no en tomar alguna medida para verificar la causa de porque no se empleaba la herramienta de inspección preoperacional como una de las entradas para la identificación de condiciones inseguras y determinar cuál era la forma en que se abordaban hallazgos identificados en esa revisión, así se evidencia que en la inspección preoperacional del vehículo Mazda de Placa OBG949, modelo 2009, no se encuentra relacionado el nombre del conductor, se reporta además dentro del estado del vehículo “Problemas en la direccional frontal derecha, silla del conductor rota, fuga hidráulica” entre otros no legibles, reporte que no cuenta con firma.</p>				
---	--	--	--	--



<p>En el mismo sentido otras revisiones de vehículos en los que se reporta durante varios días “Mal estado de señales de carretera y luz intermitente, bloques y tacos para el vehículo y chalecos reflectivo”, entre otros, evidencia que se toma del reporte realizado por el sr. Moisés Beltrán frente al estado de la camioneta Toyota de placa OBI639 el 28 de noviembre de (no es legible). Omitiendo un análisis más allá del diligenciamiento del formato, que considerara acciones sobre los reportes que se plasman en ellos y la gestión de aseguramiento. Aquí tampoco se vincula al área que tiene la función de administrar la flota de vehículos y garantizar los planes de mantenimiento preventivos y correctivos, únicamente se hace por SST.</p> <p>El tercer escenario es menos claro aún, en él se entiende que una servidora realizó un requerimiento; sin embargo, no se especifica que requerimiento, en todo caso el plan de acción es realizar la visita e indicar un trámite, del cual tampoco se conoce porque no se especifica. El cierre que se presenta son dos registros fotográficos y un registro de capacitación que se titula “<i>Solución barrea de comunicación – plan de mejora auditoría ISO 45001</i>”, los que no explican el requerimiento, el trámite y la eficacia de la solución, tampoco se vinculó al análisis y al cierre a otras personas, por ejemplo al superior jerárquico de la servidora.</p> <p>Por lo anteriormente mencionado y en el entendido que las acciones solo son documentadas, analizadas y cerradas por el área de SST, sin vincular a otras dependencias, sus líderes o partes interesadas, además que las acciones no son pertinentes para los hallazgos o que los hallazgos no son lo suficientemente detallados para tomar acciones eficaces de cierre, se determina que no hay un cierre de la estas por la parte de la Seccional.</p>				
---	--	--	--	--

3.3 OPORTUNIDADES DE MEJORA

La organización debe coordinar con el nivel nacional la documentación, medición y análisis de indicadores, toda vez que al verificar el indicador de ausentismo por causa médica de origen común y laborales de los meses de enero a junio de 2023 no se logra evidenciar análisis de la tendencia, mucho menos los planes de acción que deriven de ello, esto con base en el argumento presentado por la responsable de SST, quien indica que esta labor no se ha realizado porque la casilla de la matriz esta bloqueada y presenta fallas, además de que esta condición ya se había reportado; como soporte presenta un correo del 7 de julio de 2023 en donde reporta el hallazgo a la Coordinación Nacional.

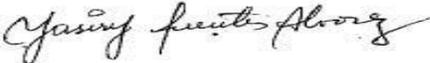


3.4 CONCLUSIONES

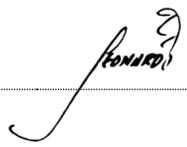
Se evidencia la planificación e implementación del SGSST conforme con la NTC ISO 45001:2018, lo cual se soporta a través de la verificación de la gestión aplicada a sus procesos.

4. NOMBRES Y FIRMAS

AUDITADO

NOMBRE	FIRMA	FECHA
YASIRY FUENTES ALVAREZ		26/07/2023

AUDITOR LIDER

NOMBRE	FIRMA	FECHA
LEONARDO SANABRIA CASTRO		26/07/2023