



Radicado No. 20181300071593

10-10-2018

Página 1 de 2

COMUNICACIÓN INTERNA

PARA: Dra. MARIA FIGUEROA CAHNSPEYER
Directora General

COMITÉ INSTITUCIONAL DE CONTROL INTERNO

Dra. MARIA MERCEDES CORCHO
Subdirectora de Talento Humano

DE: ADRIANA BELLO CORTÉS
Jefe Oficina de Control Interno

ASUNTO: *Informe Final Auditoría al Subproceso de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.*

Respetados doctores:

De manera atenta les informo que en cumplimiento al Plan Anual de Auditoría y de acuerdo con el procedimiento de Auditoría Interna de Gestión, una vez revisadas las observaciones al Informe Preliminar de Auditoría y, efectuada la reunión de cierre en la cual se comunicaron las decisiones frente a los hallazgos y las evidencias aportadas, se emite el Informe Final de Auditoría al Subproceso de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, que contiene los resultados y recomendaciones para fortalecer el control interno en el mismo.

Es procedente que los resultados se socialicen con los responsables del proceso evaluado y en cumplimiento al *Procedimiento de Mejora (K1-PR008)*, se formule el Plan de Mejoramiento pertinente para atender las situaciones observadas dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la notificación del cargue en el aplicativo Daruma.

Es importante anotar que los papeles de trabajo y evidencias que soportan el presente informe se encuentran en los archivos de Control Interno, en caso de ser requeridos por autoridad competente.

Cordialmente,

ADRIANA BELLO CORTÉS
Jefe Oficina de Control Interno

Ignacio D
10/10/18

Anexo: Informe en cinco (5) folios

Elaboró:
Revisó:
Aprobó:

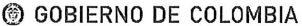
Mario Chiquiza
Oct 10/2018



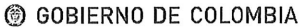

Radicado No. 20181300071593

10-10-2018

Página 2 de 2

 	INFORME FINAL DE AUDITORÍA	Código: K1-FT008
		Versión: 001

Fecha de emisión:						10 de Octubre de 2018									
Reunión de Apertura						Ejecución de la Auditoría				Reunión de Cierre					
Día	10	Mes	09	Año	18	Desde	10/09/18	Hasta	25/09/18	Día	09	Mes	10	Año	2018
							D / M / A		D / M / A						
Proceso / Subproceso / Programa / Proyecto auditado:						Subproceso Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo									
Objetivo de la Auditoría:						Realizar evaluación y seguimiento a la ejecución de las actividades previstas por el Subproceso de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (G7), Normatividad aplicable y documentos asociados, con el objeto de verificar el cumplimiento normativo referente al cuidado integral en la salud de todos los trabajadores del ICFES, mediante la identificación e intervención en los peligros y riesgos a los que se encuentran expuestos, a través de la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.									
Alcance de la Auditoría:						<ul style="list-style-type: none"> • Se analizará la información disponible que evidencie la ejecución del Subproceso de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (G7) desde el 01 de enero de 2018 hasta la fecha de apertura de la presente auditoría. • Se tendrá en cuenta en la información documentada del Subproceso definida en la Caracterización G7-CR001, Procedimientos, Guías, Manuales y demás documentos asociados al proceso. • Se analizará la información disponible de Riesgos e Indicadores asociados al Subproceso de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (G7) • Se realizarán verificaciones aleatorias para constatar la existencia, consistencia y oportunidad de la información reportada por el Subproceso objeto de evaluación. 									
Criterios de la Auditoría:						<p>Marco Normativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Decreto 1072 de 2015, Actualizado el 27 de Julio de 2018 b) Resolución 1111 de 2017 c) NTC ISO 9001:2015 <p>Procedimientos Internos:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Caracterización del Subproceso Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo G7-CR001 Versiones 002 y 003 b) Procedimiento Gestión del Cambio G7-PR003 V001 c) Procedimiento Identificación de Peligros, Evaluación de Riesgos y determinación de controles G7-PR004 Versiones 001 y 002 d) Procedimiento Diagnóstico de condiciones de Salud G7-PR005 Versiones 001 y 002 									

 	INFORME FINAL DE AUDITORÍA	Código: K1-FT008
		Versión: 001

	e) Procedimiento Acciones Correctivas en Seguridad y Salud en el Trabajo G7-PR007 Versión 001 f) Procedimiento Comunicación, participación y consulta G7-PR008 Versión 001 g) Riesgos e Indicadores del Subproceso. h) Programas, guías, manuales y demás documentos asociados al subproceso
--	---

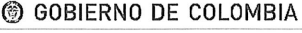

METODOLOGÍA Y PROCEDIMIENTO DE LA AUDITORÍA

Durante el desarrollo de la evaluación se utilizaron los siguientes mecanismos para obtención y análisis de información:

- Elaboración y aplicación de una lista de chequeo con la identificación de los aspectos más relevantes del subproceso objeto de evaluación, la cual fue diligenciada con la persona asignada para atender la auditoría.
- Para la verificación de la entrega de la Carta Remisoria Examen Médico (*actividad 03*) y Certificado de APTITUD del médico (*actividad 05*), su posterior registro de la Matriz de seguimiento a exámenes médicos Ocupacionales (G7-FT007, V003 del 2018-07-17) con los resultados del Certificado médico y el seguimiento a los controles determinados por el médico especialista en SO (*Carta de remisión a la EPS, actividades 06 y 07*) en cumplimiento a lo establecido en el Procedimiento Diagnóstico de condiciones de Salud G7-PR005 V002, se tomó una muestra óptima de 14 registros para una población de 17 ingresos en el periodo evaluado, con criterios de 5% de error muestral, 5% de proporción de éxito y un nivel de confianza del 95%.
- Para la verificación de la comunicación de examen de egreso a funcionarios que se retiran de la entidad en cumplimiento a lo establecido en el Procedimiento Diagnóstico de condiciones de Salud G7-PR005 V001, actividad 16, se tomó la totalidad de la población (9 retiros).
- Visitas, entrevistas y revisiones aleatorias de documentos para comprobar su trámite y registro.
- Análisis de la información obtenida y preparación de un informe.

RESULTADO DE LA AUDITORÍA


- FORTALEZAS**
- ✓ La entidad cuenta con un Comité Paritario en Seguridad y Salud debidamente conformado.
 - ✓ El proceso evidencia la definición, aprobación y comunicación de la Política de Seguridad y Salud en el Trabajo y sus objetivos a todos los niveles de la organización y al COPASST.
 - ✓ El Instituto asignó y documentó las responsabilidades específicas en SST a todos los niveles de la organización, incluyendo la alta Dirección para la implementación y mejora continua del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo.
 - ✓ Se realizan las evaluaciones médicas de acuerdo con la normatividad y los peligros a los cuales se encuentra expuesto el trabajador. Los resultados de las evaluaciones médicas ocupacionales son comunicados por escrito al trabajador y consta en su hoja de vida.
 - ✓ Se cuenta con un Programa de Vigilancia Epidemiológica de los trabajadores.
 - ✓ Se realizan actividades y se suministra continuamente información de Promoción y prevención al trabajador de acuerdo con lo establecido en el Programa de Medicina Preventiva y del trabajo.

 	INFORME FINAL DE AUDITORÍA	Código: K1-FT008 <hr/> Versión: 001
--	---------------------------------------	--

- ✓ Continuamente se realizan capacitaciones al grupo de brigadistas enfocadas en lograr el cumplimiento las responsabilidades que les asigna la Ley.
- ✓ El Subproceso tiene dos riesgos identificados y controlados:
 1. Incumplir la Normatividad vigente relacionada con el SGSST, dos causas, cada una con su respectivo control, se registra en zona de riesgo baja.
 2. Ocurrencia de incidentes o accidentes de trabajo o enfermedad laboral, tres causas con 8 controles, zona de riesgo baja.
- ✓ El proceso cuenta con un indicador incluido dentro del Sistema de Gestión de Calidad, a través del cual se mide la gestión realizada por el proceso “Ejecución Plan del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo” con frecuencia de reporte mensual, meta del 80%, y se encuentra bajo control. Además, normativamente, se miden otros 4 indicadores: “Severidad de los accidentes laborales”, “Frecuencia de los accidentes laborales”, “Prevalencia de enfermedades laborales”, “Incidencia de enfermedades laborales” y “Ausentismo” los cuales se encuentran bajo control.
- ✓ La empresa cuenta con la Matriz Legal exigida en el Decreto 1072 de 2015, actualizada, en la cual se contemplan las normas del Sistema General de Riesgos aplicables.
- ✓ Se evalúan las “Condiciones de Ambiente” y se generan acciones enfocadas a mejorar las condiciones que puedan ser nocivas para la salud de los trabajadores. Esta evaluación se realiza cada vez que se modifican las condiciones de ambiente como cambio del lugar de trabajo. La última evaluación fue realizada por la ARL Liberty en agosto de 2017, su resultado se compartió con el proceso de Abastecimiento con el cual se establecieron e implementaron acciones.

NO CONFORMIDADES

- ↓ No se evidencia la actualización de la Matriz de identificación de peligros (G7-FT005, V003) como resultado del cambio documental del proceso realizado en el mes de Julio de 2018, en el que se modificaron y eliminaron procedimientos, tampoco se tiene registro de la evaluación de los cambios documentales para determinar la pertinencia de la actualización o no de la matriz. Lo señalado incumple lo estipulado en el Procedimiento Identificación de Peligros, Evaluación de Riesgos y determinación de controles G7-PR004 Versiones 001 y 002, sección Generalidades *“Implementación de algún tipo de cambio al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo: Antes de implementar algún cambio, por ejemplo, la introducción de actividades, procesos o procedimientos nuevos o modificados, se debe actualizar la matriz de identificación de peligros, para asegurar que los riesgos se evalúan y se controlan efectivamente”*. Además, no se incluyen en esta Matriz los procedimientos aplicables dentro del listado de clasificación de actividades, incumpliendo lo establecido en la sección Detalle del procedimiento, actividad 01 *“Clasificar por pisos las direcciones, subdirecciones, oficinas asesoras y preparar una lista de la ubicación de los diferentes procesos de trabajo y de cada una de las actividades que lo componen y clasificarlas; esta lista debería incluir instalaciones, procedimientos y tareas”* (Subrayado fuera del texto original). Lo anterior genera un riesgo operativo por incumplimiento a los procedimientos definidos por el proceso.

	INFORME FINAL DE AUDITORÍA	Código: K1-FT008
		Versión: 001

- **ANÁLISIS DE LAS OBJECIONES PLANTEADAS:** Una vez analizadas las objeciones planteadas por la Subdirección de Talento Humano, mediante comunicación con radicado 20182200069473 del 02 de octubre del 2018, no se aceptan las apreciaciones entregadas ya que no se tiene evidencia objetiva de la evaluación que informan fue realizada, en la que se determinó que no había impacto en la matriz por los cambios documentales del proceso y teniendo en cuenta la NTC ISO 9000:2015 exige la existencia de registros verificables y objetivos, tal como se señala en sus numerales “3.8.3 Evidencia objetiva. Datos que respaldan la existencia o veracidad de algo”, y “3.8.10 Registro: Documento que presenta resultados obtenidos, o proporciona evidencia de actividades realizadas”, “3.8.5 Documento: Información y el medio en el que está contenida. Nota 1: El medio de soporte puede ser papel, disco magnético, electrónico y óptico, fotografía o muestra patrón o una combinación de estos”; lo anterior implica un incumplimiento a los requisitos de la NTC ISO 9001:2015 poniendo en riesgo la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad adoptado por el ICFES. Además, un “error de digitación” dentro de los procedimientos, no justifica el incumplimiento a lo definido en los mismos, un procedimiento es un “requisito” definido por el mismo proceso el cual debe cumplirse en su totalidad, razón por la cual **se mantiene la No Conformidad**.
- ↓ Se evidenció el uso versiones obsoletas, diferentes a las vigentes en la herramienta DARUMA, de los siguientes formatos:

Matriz de identificación de peligros (G7-FT005), Versión 003 vigente a partir del 02 de abril de 2018 verificado en la herramienta, en uso la versión 002.

Matriz de seguimiento a Exámenes Médicos Ocupacionales (G7-FT007), Versión 003 vigente a partir del 17 de julio de 2018, en uso la versión 002. Además, se evidenció el uso de más de una base de datos de dicha matriz.

Matriz Gestión del Cambio en seguridad y salud en el trabajo (G7-FT009), Versión 002 vigente a partir del 02 de abril de 2018, en uso la versión 001

La situación descrita es una violación a las reglas de control de documentos prevista en el literal c) del numeral 7.5.3.2 “Control de la información documentada” de la NTC ISO 9001:2015, e implica un riesgo de incurrir en errores o gestionar información de manera inapropiada.
- **ANÁLISIS DE LAS OBJECIONES PLANTEADAS:** Una vez analizadas las objeciones planteadas por la Subdirección de Talento Humano, mediante comunicación con radicado 20182200069473 del 02 de octubre del 2018, no se aceptan las apreciaciones entregadas ya que el Sistema de Gestión de Calidad en el numeral mencionado en la descripción del hallazgo, establece que el proceso deberá controlar la información documentada para asegurar que se encuentra disponible cuando sea necesario y que esto es adecuado para su utilización. Para este caso en su última versión vigente a 10 de septiembre de 2018, fecha en que se dio inicio a la ejecución de la auditoría, teniendo en cuenta que el proceso es quien determina la necesidad de actualizar su documentación, ésta rige a partir del momento de su vigencia y sobre ésta se verifica su operación, las versiones obsoletas se deben controlar y asegurar su no utilización posterior a su fecha de obsolescencia. Se aclara de igual manera, que las bases paralelas de Matriz EMO mencionadas, corresponden al mismo archivo, pero con fecha de actualización diferente en el mismo año (14 de junio y 12 de septiembre de 2018), evidenciado durante la aplicación de la lista de verificación y recibido por correo electrónico con fecha del 12 de septiembre de 2018; por lo anterior se **mantiene la No Conformidad**.

↓ No se evidencia un adecuado registro en la Matriz de seguimiento a Exámenes Médicos Ocupacionales EMO (G7-FT007, V003) de las recomendaciones o restricciones por enfermedades de origen común, incumpliendo lo definido en el Procedimiento Diagnóstico de condiciones de Salud G7-PR005 Versiones 001 y 002, sección Detalle del procedimiento, actividad 06 “El concepto de APTITUD emitido en los exámenes médicos ocupacionales, con recomendaciones o restricciones por enfermedades de origen común, son identificadas y relacionadas en la Matriz de seguimiento EMO, para que se realicen los controles determinados por el médico especialista en Salud Ocupacional” y 07 “Se realiza el respectivo seguimiento al funcionario remitiéndolo a la EPS por medio de carta, dejando el soporte en el Formato Matriz de seguimiento a E.M.O.” Lo anterior genera un riesgo operativo por incumplimiento a los procedimientos definidos por el proceso, al marco normativo y por ende al objetivo del proceso. Esta situación se evidenció en 6 funcionarios de 14 verificados, los cuales no se encuentran registrados en la matriz:

- 1) Daissy Juliette Hurtado Ardila
- 2) Adriana Bello Cortés
- 3) María José Figueroa Cahnspeyer
- 4) Marybel Carolina González
- 5) Carlos Alberto Trilleras
- 6) Ingrid Milen Martínez Suárez

➤ **ANÁLISIS DE LAS OBJECIONES PLANTEADAS:** Una vez analizadas las objeciones planteadas por la Subdirección de Talento Humano, mediante comunicación con radicado 20182200069473 del 02 de octubre del 2018, no se aceptan las apreciaciones entregadas, toda vez que la muestra tomada corresponde a ingreso de personal de enero a la fecha de inicio de la auditoría (8 meses de gestión) en la que no se realizó la actualización del total de los funcionarios ingresados en el periodo, por lo anterior **se mantiene la No Conformidad.**

↓ No se evidencia la ejecución de las actividades descritas en el Plan de Emergencias (con fecha de actualización del 14 de marzo de 2018), en la activación del “Sistema de alerta” y puesta en marcha de los “Procedimientos y acciones” establecidos en el “Numeral 11. PLAN DE CONTINGENCIA: INUNDACIONES POR DEFICIENCIA EN INFRAESTRUCTURA”. Lo anterior se verificó en la emergencia presentada el 09 de agosto del 2018 por inundación del piso 16 del edificio Elemento Torre Fuego. Tampoco se elaboraron los informes definidos en el Plan de Emergencias, en los que se evidencie la activación del protocolo de emergencia, incumpliendo lo definido en dicho Plan en las siguientes secciones:

- Numeral 7.2 FUNCIONES SISTEMA COMANDO DE INCIDENTES – SCI, Staff Comando, en el que se define las funciones a ejecutar antes, durante y después de una emergencia, para éste último, no se cuenta soportes de las actividades establecidas: “Auditar el resultado de las medidas de actuación previstas en el plan de emergencias para analizarlas y evaluarlas”, “Coordinar la recolección de los informes de daños y pérdidas ocasionados por el incidente o emergencia”, “Elaborar informe final que será expuesto a las Directivas del INSTITUTO COLOMBIANO PARA LA EVALUACION DE LA EDUCACION EN COLOMBIA, en donde se analice el impacto generado a los recursos físicos, ambientales y humanos de la institución”.

 	INFORME FINAL DE AUDITORÍA	Código: K1-FT008 <hr/> Versión: 001
--	---------------------------------------	--

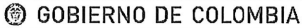

- Numeral 9.1 PLAN DE ACCIÓN – PLAN GENERAL DIRECCIÓN DE EMERGENCIAS “Generar y presentar a las directivas de la empresa un informe sobre el impacto que el incidente o emergencia haya provocado sobre la comunidad, procesos y clientes”.

ANÁLISIS DE LAS OBJECIONES PLANTEADAS: Una vez analizadas las objeciones planteadas por la Subdirección de Talento Humano, mediante comunicación con radicado 20182200069473 del 02 de octubre del 2018 y los argumentos presentados en la reunión de cierre, en la cual los auditados expresan que aún no se han elaborado los informes correspondientes ya que están en espera de la respuesta formal por parte de la administración del edificio sobre los hechos que originaron la emergencia y las medidas de mitigación tomadas para evitar que se vuelva a presentar, y además, normativamente no se establece un tiempo para la elaboración del informe, no hay incumplimiento a los criterios de auditoría, por lo tanto este hallazgo **no se configura como No Conformidad pero se mantiene como Oportunidad de Mejora**, la cual se relaciona como numeral 7 de las “Oportunidades de Mejora” del presente informe.

No obstante, en respuesta a las demás objeciones planteadas en el comunicado en mención, se aclara que de acuerdo a lo exigido normativamente y definido dentro de la Política del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, el Icfes deberá velar por el cuidado integral de sus trabajadores y colaboradores, independientemente de su forma de contratación o vinculación, incluyendo los contratistas, subcontratistas y estudiantes en práctica, e independientemente de que las instalaciones sean propias o en calidad de arriendo. El Plan de Emergencias vigente señala en su apartado Introducción: “(...) la aplicación de los procedimientos para enfrentar de manera precisa, oportuna, eficiente y eficaz las diferentes situaciones que comprometan la institución(...)”, y así mismo en su sección 3. Alcance se establece: “El plan de emergencias del INSTITUTO COLOMBIANO PARA LA EVALUACION DE LA EDUCACION EN COLOMBIA tiene cobertura total en la Calle 26 No. 69 – 76 Torre 2 (Piso 15 al 18) Edificio Elemento” lo que implica que, sin importar el horario laboral definido, el Plan de Emergencias es aplicable en cualquier momento mientras se encuentre personal (funcionarios, contratistas, servicio y vigilancia, entre otros) en las instalaciones donde opera la entidad.

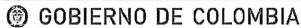

OPORTUNIDADES DE MEJORA

1. En la implementación de los programas de vigilancia Epidemiológica, se evidencia el cumplimiento de las actividades definidas en los cronogramas de actividades del Programa Psicosocial y Desórdenes músculo esqueléticos, sin embargo, en las Pausas Activas lideradas por la ARL Liberty, se evidencia en las listas de asistencia que no todas las áreas son invitadas a participar, como es el caso de los funcionarios de la Oficina de Control Interno. De igual manera en el mes de julio no se realizaron pausas activas realizadas por la ARL en la entidad. Se recomienda realizar un mayor control en el cumplimiento de las actividades ejecutadas a través de la ARL, vigilando la inclusión de todas las áreas de la entidad e implementar acciones para motivar y aumentar la participación de los trabajadores.
2. Se sugiere incluir dentro del Sistema de Gestión de Calidad, la diferente documentación e indicadores exigidos normativamente dentro del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, como lo es el “Plan de

 	INFORME FINAL DE AUDITORÍA	Código: K1-FT008 <hr/> Versión: 001
--	---------------------------------------	--

Emergencias”, que, aunque se tiene definido, no se incluye en la documentación del SGC. Lo anterior con el fin de asegurar un adecuado seguimiento y control a través de la integración de los sistemas de gestión adoptados por el ICFES como ya se realizó con otros procedimientos como “Gestión del cambio”, “Revisión por la Dirección”, “Comunicación, participación y consulta” entre otros.

3. Se recomienda dejar evidencia de la entrega a los funcionarios involucrados en un accidente de trabajo, de la carta remitida a la EPS con el reporte del accidente de trabajo con el fin de que éste tenga la información, trazabilidad y soporte del accidente sufrido ante cualquier situación futura que pueda requerir aclarar con su EPS. Esto se evidenció en el accidente de trabajo leve del 14 de Julio de 2018, funcionario Sergio Andrés Arango, (reportado a la EPS con fecha del 17 de Julio).
4. Se sugiere definir en el Instructivo G7-IN003 “Reporte e investigación de incidentes, accidentes y enfermedades laborales”, la periodicidad de la socialización de los resultados de las investigaciones de incidentes, accidentes y enfermedades laborales a los colaboradores de la entidad, dando prioridad a aquellos que puedan aportar a la prevención oportuna de un incidente, accidente o enfermedad laboral. Actualmente la socialización se hace anualmente lo que podría perder oportunidad y efectividad en el impacto que se desea lograr en los demás funcionarios.
5. Teniendo en cuenta la obligatoriedad de la implementación definitiva del Sistema de Seguridad y Salud en el trabajo para el 2020 (*Art.11. Implementación definitiva del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de enero del año 2020 en adelante: Desde enero del año 2020 en adelante, todos los Sistemas de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo se ejecutarán anualmente de enero a diciembre o en cualquier fracción del año si la empresa o entidad es creada durante el respectivo año*), así como el cumplimiento de las fases de adecuación, transición y aplicación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo con Estándares Mínimos, de junio del año 2017 a diciembre del año 2019, se sugiere realizar un estudio de cargas para determinar si el personal asignado para la efectiva implementación y ejecución del Sistema, es suficiente para garantizar su adecuada gestión, control y sostenibilidad.
6. Así mismo, teniendo en cuenta que la Fase de Seguimiento y Mejora descrita en la Resolución 1111 de 2017 que se debe realizar entre enero y marzo de 2019 establece: “Primero: Realizar la autoevaluación conforme a los Estándares Mínimos. Segundo: Establecer el plan de mejora conforme al plan del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo ejecutado en el año 2018 y la incorpora al plan del sistema de gestión que se está desarrollando durante el año 2019”, (Subrayado fuera del texto original) y que, dentro de los **Estándares mínimos** sujetos a verificación por parte del Ministerio de Trabajo se contempla en la Sección III Verificar - numeral 6.1.2 “*El empleador debe realizar un auditoría anual, la cual será planificada con la participación del Comité Paritario o Vigía de Seguridad y Salud en el Trabajo*”, se recomienda presupuestar los recursos financieros para la realización de la auditoría interna al Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo (sugerida para el primer trimestre del 2019), previa al plazo máximo establecido de implementación, y de esta manera formular e implementar de manera oportuna los planes de mejoramiento sobre los vacíos que sean detectados.

 	INFORME FINAL DE AUDITORÍA	Código: K1-FT008
		Versión: 001

- **ANÁLISIS DE LAS OBJECIONES PLANTEADAS:** Teniendo en cuenta que, en las objeciones planteadas por la Subdirección de Talento Humano, mediante comunicación con radicado 20182200069473 del 02 de octubre del 2018, se confirma la evaluación de pertinencia que se hará a las oportunidades de mejora, **se mantienen las 6 Oportunidades de mejora**. Efectivamente como se menciona en el comunicado en referencia, las oportunidades de mejora corresponden a una apreciación del equipo auditor enmarcada en sus características de independencia, objetividad e imparcialidad, en el que se busca aportar a la mejora continua de procesos, productos, servicios, recursos, sistema, habilidad, competencia o área de la organización, sin que se presente incumplimiento a los criterios de auditoría, ya que, en caso de presentarse, generaría una No Conformidad.
7. Se recomienda disponer de evidencia documentada que soporte el cumplimiento de lo establecido en el Plan de emergencias, en el caso particular de la emergencia por inundación presentada el 09 de agosto del 2018, piso 16 del edificio Elemento Torre Fuego, y presentar con prioridad los informes pertinentes la Dirección General del ICFES de acuerdo a lo establecido en el Plan de Emergencias, ya que en éste se analizan los impactos generados a los recursos físicos, ambientales y humanos de la institución, a la comunidad, procesos y clientes, permitiendo implementar acciones de mejora enfocados atención y prevención de emergencias. De igual manera, se recomienda definir en el Plan de emergencias el plazo para la presentación de este tipo de informes.

CONCLUSIONES

Al realizar la evaluación y seguimiento a la ejecución de las actividades previstas por el subproceso Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo definidas en sus procedimientos y marco normativo, de manera General se determina que, exceptuando las No Conformidades detectadas, el proceso cumple con las disposiciones establecidas para dar cumplimiento al objetivo del subproceso.

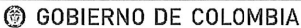

El Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo cuenta con Programas claramente establecidos, y pertinentes para el cumplimiento de su objetivo *“Cuidado integral en la salud de todos los trabajadores del ICFES”*

Se debe dar tratamiento a las No Conformidades generadas de esta evaluación, realizando un análisis de las causas y definiendo planes de acción para su mitigación.

Respecto a las Oportunidades de mejora, pese a que quedan a discrecionalidad del proceso de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, se sugiere sean incluidas en el Plan de mejoramiento.

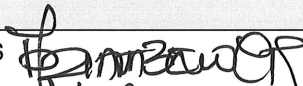

RECOMENDACIONES

- Evaluar y documentar la pertinencia de actualizar la *“Matriz de identificación de peligros”*, de acuerdo a lo definido en el Procedimiento *“Identificación de Peligros, Evaluación de Riesgos y determinación de controles G7-PR004”*, además, revisar si se requiere o no incluir los procedimientos aplicables dentro del listado de clasificación de

 	INFORME FINAL DE AUDITORÍA	Código: K1-FT008
		Versión: 001

actividades de la Matriz en mención, y ajustar el Procedimiento Identificación de Peligros, Evaluación de Riesgos y determinación de controles G7-PR004 Versión 002.

- Verificar la correcta codificación y uso de las versiones vigentes de los formatos descargables de Daruma adoptados dentro del Sistema de Gestión de Calidad, socializarlos con las personas involucradas y garantizar el uso de una única base de datos para evitar duplicidad y pérdida de la información.
- Realizar un registro sistemático en la matriz EMO tanto de las recomendaciones generadas de los exámenes ocupacionales como de su seguimiento dando cumplimiento a las actividades 06 y 07 del Procedimiento Diagnóstico de condiciones de Salud G7-PR005.

EQUIPO AUDITOR			
Auditor Líder:	Adriana Bello Cortés 	Cargo:	Jefe Oficina de Control Interno
Auditores:	Stefany Parra Mora 	Cargo:	Profesional Oficina de Control Interno

