

INFORME DE SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO DE LA FND

II TRIMESTRE 2023

OFICINA DE CONTROL INTERNO

BOGOTA, JULIO 2023

I. INTRODUCCIÓN

La Oficina de Control Interno, con fundamento en lo señalado en la Ley 87 de 1993 y el procedimiento de auditorías internas vigente, llevó a cabo seguimiento a los Planes de mejoramiento levantados como producto de las Auditorías realizadas por los Órganos de Control (Revisoría fiscal, Ente certificador, oficina de Control interno) así:

- 1. Informe Auditoria realizado por la Firma OCH a Gestión de Proyectos Especiales*
- 2. Auditoria Jefatura Talento Humano*
- 3. Auditoria Revisoría Fiscal*
- 4. Informe seguimiento recomendaciones FURAG*
- 5. Auditorías Internas y Externas de Calidad reporte GIO_OAP.*

2. Metodología

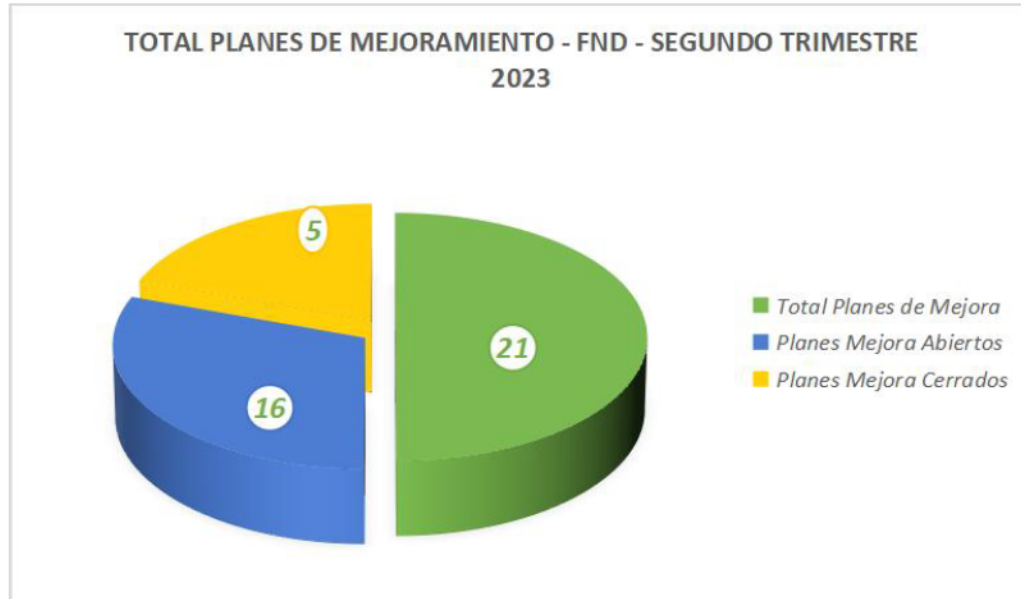
En el marco del cumplimiento al cronograma de auditorías, se efectuó el seguimiento a los planes de mejoramiento producto de las auditorías internas y externas a los diferentes procesos, haciendo especial énfasis en la ejecución de las acciones y actividades programadas, incluyendo la revisión de los soportes

Como parte de la metodología aplicada para realizar el seguimiento, una vez se obtuvo la información por parte de los responsables de las actividades del Plan de mejoramiento, esta se consolidó en la herramienta diseñada por la Oficina de Control Interno, Código GIO-PD-04-FT-01 Versión 7, la cual permite analizar el cumplimiento de este, el cual es tomado como insumo para el mejoramiento continuo de los procesos.

3. Desarrollo

Se presenta a continuación gráficas por procesos que permiten evidenciar el porcentaje de avance en cada una de las acciones implementadas para subsanar los hallazgos generados por los Organismos de Control, para el periodo de abril - junio del 2023, la FND cuenta con un total de veinticuatro (24) planes de mejoramiento (revisoría fiscal, control interno, auditoria calidad (interna y externa) y auditoria externa al proceso GPE):

TOTAL PLANES DE MEJORAMIENTO – FND



Fuente: Formato Plan de Mejoramiento II Trimestre

4. Porcentaje de cumplimiento por proceso auditado.

4.1. Planes de Mejora - FURAG

La Oficina de Control Interno verificó el cumplimiento e implementación de las actividades propuestas en el plan de mejoramiento levantado de las recomendaciones realizadas por el DAFP producto de los reportes del FURAG de diferentes vigencias.

A partir de los resultados obtenidos y las recomendaciones identificadas, se generaron cuarenta y un (41) actividades, distribuidas de la siguiente manera:

Resumen Planes de Mejora II Trimestre 2023 - FURAG				
No	Nombre Plan Mejora	Actividades	Ente de Control	Estado
1	Plan Mejora Coordinación Gestión Documental - Furag	4	Oficina Asesora de Planeación	Abierto
2	Plan Mejora Coordinación Recursos Físicos - Furag	6		Abierto
3	Plan Mejora Coordinación Tecnología - Furag	9		Abierto
4	Plan Mejora Jefatura Talento Humano - Furag	22		Abierto
Total Actividades		41		

Fuente Oficina Asesora Planeación 23 Julio

Oficina Control Interno

- Las acciones propuestas en el plan de mejoramiento del Furag se encaminaron a fortalecer la operación de las políticas de gestión y desempeño de la Entidad.
- Se recomienda velar por parte de los procesos por el mejoramiento continuo en cada una de las políticas de implementación del MIPG, que le aplican.
- Realizar seguimiento permanente por parte de la Oficina Asesora de Planeación a la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG); generando las alertas respectivas.

4.2. Planes de Mejora Subdirección Administrativa y Financiera

El proceso GAF, cuenta con seis (6) Planes de Mejora, de los cuales cinco (5) se encuentran abiertos con un porcentaje de cumplimiento del 73%, para el II Trimestre del 2023 y uno (1) se cerró por cumplimiento de las actividades, estos se relacionan a continuación:

Resumen Planes de Mejora II Trimestre 2023 - GAF					
No	Nombre Plan Mejora	Jefatura	Ente de Control	Porcentaje de Avance	Estado
1	Plan de Mejora Riesgos Seguridad Digital	Jefatura Administrativa	Control Interno	100%	Cerrado
2	Plan de Mejora Auditoria Buenas Practicas		Intedya	83%	Abierto
3	Plan de Mejora Gestión Ambiental		Intedya	83%	Abierto
4	Plan de Mejora Auditoria Nómina	Jefatura Talento Humano	Control Interno	67%	Abierto
5	Plan de Mejora Talento Humano		Revisoría Fiscal	50%	Abierto
6	Plan de Mejora Unificado JTH - SG-SST		Planeación, Control Interno. Bureau Veritas	80%	Abierto
Porcentaje de Cumplimiento				73%	

Fuente: Oficina de Control Interno

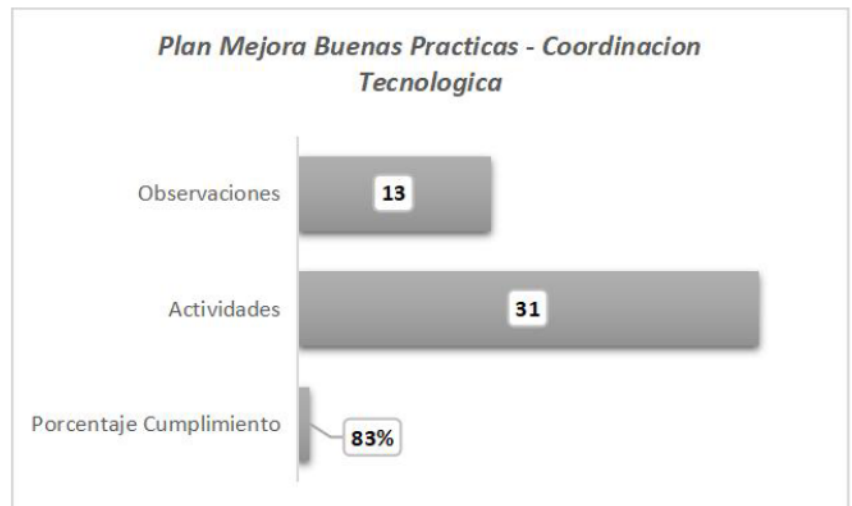
a) Planes de Mejora GAF – Jefatura Administrativa – Coordinación Tecnológica

Nota: Plan de mejoramiento de riesgos de seguridad digital, se cerró para el segundo trimestre, por cumplimiento de sus actividades al 100%.



Fuente: Formato Plan de Mejoramiento II Trimestre

Nota: Plan de mejoramiento auditoría externa de buenas prácticas realizada a la coordinación tecnológica, para el segundo trimestre tiene un avance del 83%.



Fuente: Formato Plan de Mejoramiento II Trimestre

Planes de Mejora GAF – Jefatura Administrativa – Gestión Ambiental

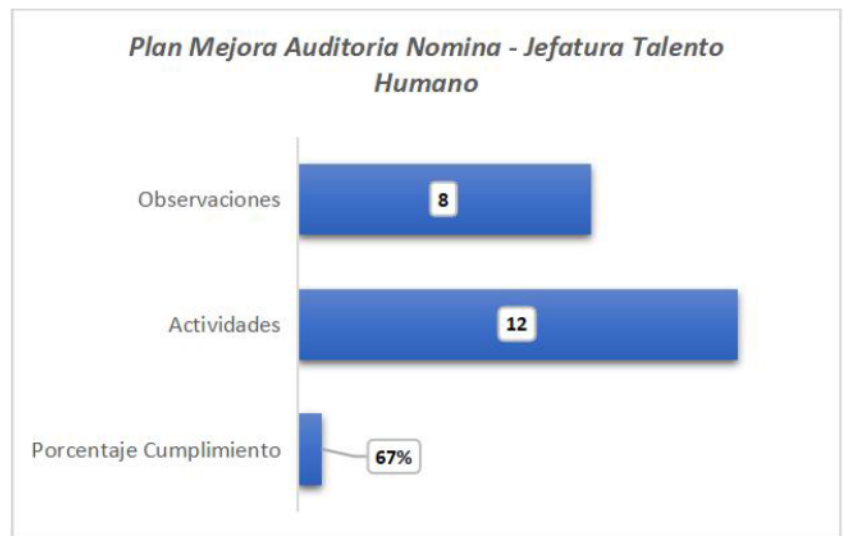
Nota: Plan de mejoramiento auditoría externa Sistema de Gestión Ambiental realizada a la Jefatura Administrativa, para el segundo trimestre tiene un avance del 83%.



Fuente: Formato Plan de Mejoramiento II Trimestre

b). Planes de Mejora GAF – Jefatura Talento Humano

Nota: Plan de mejoramiento informe Oficina Control Interno auditoria nómina, para el segundo trimestre cuenta con un porcentaje de cumplimiento del 67%.



Fuente: Formato Plan de Mejoramiento II Trimestre

Nota: Plan de mejoramiento de informe auditoría revisoría fiscal 2022, para el segundo trimestre tiene un avance del 50%.



Fuente: Formato Plan de Mejoramiento II Trimestre

Nota: Plan de mejoramiento SG-SST unificado (Auditorías Externa, Internas e Informes de seguimiento OCI), para el segundo trimestre tiene un avance de cumplimiento del 80%.



Fuente: Formato Plan de Mejoramiento II Trimestre

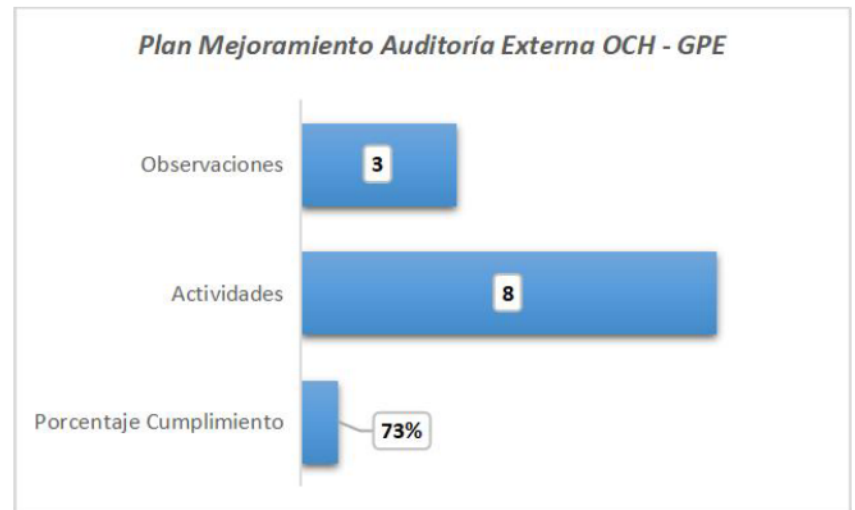
4.3. Plan de Mejora Gestión de Proyectos Especiales

El proceso GPE, cuenta con un (1) Plan de Mejora, el cual se encuentra abierto con un porcentaje de cumplimiento del 73% para el primer trimestre del 2023.

Resumen Planes de Mejora I Trimestre 2023 - GPE				
No	Nombre Plan Mejora	Ente de Control	Porcentaje de Avance	Estado
1	Plan de Mejora Auditoría Externa OCH	OCH	73%	Abierto
Porcentaje de Cumplimiento			73%	

Fuente: Oficina de Control Interno

Nota: Plan de mejoramiento Auditoría Externa OCH al proceso GPE, para el segundo trimestre tuvo un avance del 73%.



Fuente: Formato Plan de Mejoramiento II Trimestre

5. Planes de Mejoramiento auditorías internas de calidad

En total se presentaron 130 hallazgos para la vigencia 2022 y I Semestre 2023 que se reportaron a la Oficina Asesora de Planeación, mediante el formato GIO-PD-04-FT-01, levantados por todos los procesos, cuyas fuentes son auditorías internas y auditorías externas de calidad, de acuerdo con los avances al II trimestre 2023 se han cerrado 105 y siguen abiertas 25.

Seguimiento Plan de Mejoramiento II Trimestre 2023										
Proceso	AIG	RAG	GPE	POE	GIO - OAP	GEC	GAF-IA	GAF - JTH	GAF-TJH-SG.SST	GJA
Número de Observaciones/ Recomendaciones y/o No Conformidades	5	5	5	3	8	3	8	19	28	4
Número de actividades	6	4	5	9	20	4	18	42	69	10
Observaciones Subsanadas	5	4	4	2	4	1	8	3	10	4
Número de Observaciones/ recomendaciones Abiertas	0	1	0	1	0	2	0	16	18	0
Acciones de Mejoramiento	6	6	5	3	9	8	8	25	39	4
Recomendaciones u Observaciones Trasladas	0	0	1	0	01	0	0	0	0	0
Porcentaje de Avance	100%	80%	100%	78%	44%	50%	100%	23.68 %	44%	100%
Estado Actual	Cerrado	Abierto	Cerrado	Abierto	Abierta	Abierto	Cerrado	Abierto	Abierto	Cerrado

Fuente: Oficina control interno

Se levantaron diez (10) planes de mejora resultado de auditorías de calidad, de las cuales se cerraron cuatro (4) planes por cumplimiento de sus actividades al 100% y continúan seis (6) planes abiertos.

Observaciones Auditorias de calidad

1. Se observa que el proceso GIO-OAP, continúa registrando avance de hallazgos cerrados de la vigencia 2022 en el seguimiento que realizan para el periodo; como por ejemplo:

Proceso	Observaciones Cerradas Vigencia 2022
(AIG) Asesoría Integral Organizacional	3
(RAG) Relacionamiento y Articulación con Grupos de Interés	2
(POE) Planeación Estratégica Organizacional	4
(GIO-OAP) Gestión Integral Organizacional	7
(GEC) Gestión Estratégica de las Comunicaciones	2
(GAF-JF) Gestión Administrativa y Financiera -Jefatura Financiera	3
(GAF-JA) Gestión Administrativa y Financiera -Jefatura Administrativa	3
(GJA) Gestión Jurídica	2

Fuente: Oficina control interno

2. Se observa diferencias entre lo reportado por el proceso GAF-JTH-SST, Vs lo reportado por GIO - OAP así:

- ✓ De las 28 observaciones registradas y reportadas por la Oficina de Planeación referente al proceso GAF-JTH-SST; siete (7) se encuentran cerradas, las cuales son las mismas reportadas por el proceso GAF-JTH-SST a la Oficina de Control Interno; es decir, hay diferencia de 21 observaciones entre la reportado a Control Interno y lo remitido por la Oficina de Planeación a este organismo de control.

ITEM	REPORTE OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO CORPORATIVO	REPORTE DE GAF-JTH A LA OFICINA DE CONTROL INTERNO
	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO
1	Revisión plan estratégico de seguridad vial	<p>Durante la auditoría no se evidencio la identificación de los requisitos legales entre ellos, se encuentra la Resolución 312 del 2015 entre otra normatividad aplicable sistema.</p> <p>ISO 45001:2018</p> <p>6.1.3 Determinación de los requisitos legales y otros requisitos</p> <p>c) tener en cuenta estos requisitos legales y otros requisitos al establecer, implementar, mantener y mejorar de manera continua su sistema de gestión de la SST</p>

2	<p>Fortalecer los contenidos y estructura definida para las actividades de inducción y reinducción a colaboradores de la FND con relación al SGSST y sobre el valor agregado que este brinda a la gestión institucional y el impacto en las funciones o actividades que se realizan; así como establecer indicadores para evidenciar avances y cubrimiento.</p>	<p>Del análisis realizado a los Indicadores del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, se encontró que no existe seguimiento en los meses de enero, febrero, marzo, abril 2023 incumpliendo lo establecido en los Artículos 2.2.4.6.19 al 2.2.4.6.22 del Decreto 1072 de 2015: "(...) El empleador debe definir los indicadores (cualitativos o cuantitativos según corresponda) mediante los cuales se evalúen la estructura, el proceso y los resultados del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST y debe hacer el seguimiento a los mismos.". ISO 45001:2018</p> <p>6.2.2 Planificación para lograr los objetivos de la SST e) cómo se evaluarán los resultados, incluyendo los indicadores de seguimiento;</p> <p>9.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación del desempeño b) los métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación del desempeño, según sea aplicable, para asegurar resultados válidos; c) los criterios frente a los que la organización evaluará su desempeño de la SST; d) cuándo se debe realizar el seguimiento y la medición; e) cuándo se deben analizar, evaluar y comunicar los resultados del seguimiento y la medición. La organización debe evaluar el desempeño de la SST y determinar la eficacia del sistema de gestión de la SST. La organización debe asegurarse de que el equipo de seguimiento y medición se calibra o se verifica según sea aplicable, y se utiliza y mantiene según sea apropiado</p>
	<p>Considerar si hay lugar a nuevas técnicas para el desarrollo de capacitaciones y formación para la toma de conciencia y sensibilización sobre la gestión y valor agregado del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la FND y así lograr una mayor participación de los colaboradores.</p>	<p>Realizar la actualización del FORMATO CRONOGRAMA PLAN DE TRABAJO SG-SST identificado bajo GRH-FT-01, incluyendo las actividades que se van a ejecutar en la presente anualidad, conforme a la nueva estructura organizacional. La norma señala ISO 45001:2018</p> <p>7.5.3 Control de la Información documentada La información documentada requerida por el sistema de gestión de la SST y por este documento se debe controlar para asegurarse de que: a) esté disponible y sea idónea para su uso, dónde y cuándo se necesite; b) esté protegida adecuadamente (por ejemplo, contra pérdida de la confidencialidad, uso inadecuado, o pérdida de integridad). Para el control de la información documentada, la organización debe abordar las siguientes actividades, según sea aplicable</p> <ul style="list-style-type: none"> — distribución, acceso, recuperación y uso; — almacenamiento y preservación, incluida la preservación de la legibilidad; — control de cambios (por ejemplo control de versión); — conservación y disposición

4	<p>NO CONFORMIDAD MAYOR: Del análisis realizado a los Indicadores del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, se encontró que no hace seguimiento a los indicadores de estructura ni proceso para la vigencia 2022 incumpliendo lo establecido en los Artículos 2.2.4.6.19 al 2.2.4.6.22 del Decreto 1072 de 2015: "(...) El empleador debe definir los indicadores (cualitativos o cuantitativos según corresponda) mediante los cuales se evalúen la estructura, el proceso y los resultados del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST y debe hacer el seguimiento a los mismos." ISO 45001:2018 6.2.2 Planificación para lograr los objetivos de la SST e) cómo se evaluarán los resultados, incluyendo los indicadores de seguimiento; 9.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación del desempeño b) los métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación del desempeño, según sea aplicable, para asegurar resultados válidos; c) los criterios frente a los que la organización evaluará su desempeño de la SST; d) cuándo se debe realizar el seguimiento y la medición; e) cuándo se deben analizar, evaluar y comunicar los resultados del seguimiento y la medición. La organización debe evaluar el desempeño de la SST y determinar la eficacia del sistema de gestión de la SST. La organización debe asegurarse de que el equipo de seguimiento y medición se calibra o se verifica según sea aplicable, y se utiliza y mantiene según sea apropiado.</p>	<p>En la auditoría se evidencio documentos que se encuentran sin codificar o en formatos que no corresponden a la jefatura, entre ellos GHR- FT-02 – indicadores de Gestión, en consecuencia, se requiere la validación del proceso para la migración y actualización de los documentos al sistema integrado de gestión 7.5.3 Control de la Información documentada La información documentada requerida por el sistema de gestión de la SST y por este documento se debe controlar para asegurarse de que: a) esté disponible y sea idónea para su uso, dónde y cuándo se necesite; b) esté protegida adecuadamente (por ejemplo, contra pérdida de la confidencialidad, uso inadecuado, o pérdida de integridad). Para el control de la información documentada, la organización debe abordar las siguientes actividades, según sea aplicable — distribución, acceso, recuperación y uso; — almacenamiento y preservación, incluida la preservación de la legibilidad; — control de cambios (por ejemplo control de versión); — conservación y disposición.</p>
5	<p>NO CONFORMIDAD MAYOR: Durante la auditoría se evidencio NORMOGRAMA del proceso, donde se encuentra relacionada la Resolución 312 de 2019 manifestando la aplicabilidad de forma integral, no obstante en la revisión de los requisitos mínimos consagrado en el artículo 9 de la disposición legal, se observa incumplimiento en estos, entre ellos, la delegación de la persona responsable al SST, la asignaciones de las actividades del SST, la conformación de los recursos para el mantenimiento en el SST entre otros. "...Artículo 9. Estándares Mínimos para empresas de once (11) a cincuenta (50) trabajadores. Las empresas de once (11) a cincuenta (50) trabajadores y las unidades de producción agropecuaria de once (11) a cincuenta (50) trabajadores permanentes clasificadas con riesgo I, II o III deben cumplir con los siguientes Estándares Mínimos, con el fin de proteger la seguridad y salud de los trabajadores (...)" ISO 45001:2018 6.1.3 Determinación de los requisitos legales y otros requisitos c) tener en cuenta estos requisitos legales y otros requisitos al establecer, implementar, mantener y mejorar de manera continua su sistema de gestión de la SST</p>	<p>CONSOLIDACION OBSERVACIONES 3 Y 4 Durante la auditoría no se evidencia archivo documental que contenga el repositorio de las capacitaciones (invitación, memorias, evaluación) del Sst ISO 45001:2018 7.5.3 Control de la Información documentada La información documentada requerida por el sistema de gestión de la SST y por este documento se debe controlar para asegurarse de que: a) esté disponible y sea idónea para su uso, dónde y cuándo se necesite; b) esté protegida adecuadamente (por ejemplo, contra pérdida de la confidencialidad, uso inadecuado, o pérdida de integridad). Para el control de la información documentada, la organización debe abordar las siguientes actividades, según sea aplicable — distribución, acceso, recuperación y uso; — almacenamiento y preservación, incluida la preservación de la legibilidad; — control de cambios (por ejemplo control de versión); — conservación y disposición</p>

<p>6</p>	<p>NO CONFORMIDAD MAYOR: Del análisis realizado al PROCEDIMIENTO DE COMUNICACIÓN PARTICIPACIÓN Y CONSULTA identificado bajo el código GIO -PD-13, se evidencia que por parte de SST no hay conocimiento de los indicadores asociados ni la evaluación de desempeño del SST para la vigencia 2022 incumpliendo lo establecido en los Artículos 2.2.4.6.19 al 2.2.4.6.22 del Decreto 1072 de 2015: "(...) El empleador debe definir los indicadores (cualitativos o cuantitativos según corresponda) mediante los cuales se evalúen la estructura, el proceso y los resultados del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST y debe hacer el seguimiento a los mismos." ISO 45001: 2018 5.4 Consulta y participación de los trabajadores. e) enfatizar la participación de los trabajadores no directivos sobre lo siguiente: 1) la determinación de los mecanismos para su consulta y participación; 2) la identificación de los peligros y la evaluación de los riesgos y oportunidades (véanse 6.1.1 y 6.1.2); 3) la determinación de acciones para eliminar los peligros y reducir los riesgos para la SST (véase 6.1.4); 4) la determinación de los requisitos de competencia, las necesidades de formación, la formación y la evaluación de la formación (véase 7.2); 5) la determinación de qué información se necesita comunicar y cómo hacerlo (véase 7.4); 6) la determinación de medidas de control y su implementación y uso eficaces (véanse 8.1, 8.1.3 y 8.2); 7) la investigación de los incidentes y no conformidades y la determinación de las acciones correctivas (véase 10.2).</p>	<p>De la revisión practicada a las carpetas de las inspecciones realizadas por la jefatura de talento humano, se evidencia lo siguiente PROCEDIMIENTO DE INSPECCIONES. Código: GAF-JTH-SST-PD-06 En el procedimiento no indica quiénes son los responsables de las inspecciones En el procedimiento la codificación de los formatos de inspección no corresponde a los formatos cargados en el SIG Se debe revisar la periodicidad de inspecciones y deben tener en cuentas incluir en los formatos las firmas de los responsables en el formato. INSPECCIÓN DE INSTALACIONES Cada cuatro meses GAF-JTH-SST-PD-06-FT-01 Responsable del SG-SST FECHAS 1.2 3/02/2022 2. Falta junio de 2022 3.1 3/10/2022 4. Falta Febrero de 2023. 5.2 5/04/2023. Falta la sede 2. Falta control de cambios Faltan firmas del responsable INSPECCIÓN DE ORDEN Y ASEO Cada cuatro meses GAF-JTH-SST-PD-06-FT-02 Responsable del SG-SST 1.2 7/03/2022 2. Falta Julio de 2022 3.2 2/11/2022. ESTÁ diligenciada a lápiz. No firmada por Copasst sede 1 4.2 5/04/2022. El año debe ser 2023. Falta la de sede N.2 Faltan firmas del responsable INSPECCIONES GERENCIALES LOCATIVAS Semestral GAF-JTH-SST-PD-06-FT-03 Responsable del SG-SST 1.2 0/04/2022. Sin firmas. Sede 1 y 2 2.1 3/12/2022. Sin firmas 3.N o existen más formatos para el 2023 FORMATO INSPECCIÓN DE VEHÍCULO Cada cuatro meses GAF-JTH-SST-PD-06-FT-04 Responsable del SG-SST 1.0 1/03/22. Se realizó inspección al vehículo Suzuki NQP140 2.2 7/10/2022. Inspección a los vehículos NQP 140 y GRC 412 Toyota Identificar cuantos vehículos tiene la Federación Falta la inspección de febrero de 2023 FORMATO DE INSPECCIÓN DE CAMILLAS No se reporta ninguna carpeta con respecto a ESTÁ inspección FORMATO INSPECCIÓN DE CONTENIDO DEL BOTIQUÍN TIPO A Cada cuatro meses GAF-JTH-SST-PD-06-FT-03 Responsable del SG-SST y brigadistas 1.2 3/02/2022 2.2 5/05/2022 3. Falta septiembre 4.2 2/11/2022. No ESTÁ firmada 5.2 5/04/2022. ESTÁ mal el año, debe ser 2023 Cuantos extintores hay en la FND Faltan inspecciones MANEJO Y ALMACENAMIENTO DE PRODUCTOS QUÍMICOS No existen formatos asociados con ESTÁ inspección En el procedimiento no existe la inspección de protocolo de seguridad, sin embargo, este información documentada PROTOCOLO BIOSEGURIDAD En el procedimiento se encuentra inmerso el nombre del médico con el número telefónico y el especialista ESTÁ sin contrato Artículo 16 de la Resolución 0312 de 2019 "(...) Definir e implementar las acciones preventivas y/o correctivas necesarias con base en los resultados de la supervisión, inspecciones, medición de los indicadores del Sistema de Gestión de SST entre otros, y las recomendaciones del COPASST. (...)" 7.5.3 Control de la Información documentada La información documentada requerida por el sistema de gestión de la SST y por este documento se debe controlar para asegurarse de que: a) esté disponible y sea idónea para su uso, dónde y cuándo se necesite b) esté protegida adecuadamente (por ejemplo, contra pérdida de la confidencialidad, uso inadecuado, o pérdida de integridad). Para el control de la información documentada, la organización debe abordar las siguientes actividades, según sea aplicable — distribución, acceso, recuperación y uso; — almacenamiento y preservación, incluida la preservación de la legibilidad; — control de cambios (por ejemplo, control de versión); — conservación y disposición.</p>
----------	--	---

7	<p>NO CONFORMIDAD MAYOR: En la revisión documental se evidencia delegación realizada al SG-SS, por parte del director ejecutivo al Subdirector de Gestión Humana, sin embargo, no existe documento de asignación por parte de este del responsable del sistema.</p> <p>Lo anterior conforme a lo señalado en el artículo 9 de la Resolución 312 de 2019 Artículo 9. Estándares Mínimos para empresas de once (11) a cincuenta (50) trabajadores. Las empresas de once (11) a cincuenta (50) trabajadores y las unidades de producción agropecuaria de once (11) a cincuenta (50) trabajadores permanentes clasificadas con riesgo I, II o III deben cumplir con los siguientes Estándares Mínimos, con el fin de proteger la seguridad y salud de los trabajadores: Asignación de una persona que diseñe el Sistema de Gestión de SST Asignar una persona que cumpla con el siguiente perfil:</p> <p>El diseño del Sistema de Gestión de SST puede ser realizado por un tecnólogo en Seguridad y Salud en el Trabajo o en alguna de sus áreas, con licencia vigente en SST, que acredite mínimo dos (2) años de experiencia certificada por las empresas o entidades en las que laboró en el desarrollo de actividades de seguridad y salud en el trabajo y que certifique la aprobación del curso de capacitación virtual de cincuenta (50) horas. Esta actividad también podrá ser desarrollada por profesionales en SST y profesionales con posgrado en SST, que cuenten con licencia vigente en SST y el referido curso de capacitación virtual de cincuenta (50) horas. Solicitar documento soporte de la asignación y constatar la hoja de vida con soportes, de la persona asignada.</p> <p>7.2 Competencia La organización debe: a) determinar la competencia necesaria de los trabajadores que afecta o puede afectar a su desempeño de la SST;</p>	<p>En la auditoría no se evidencia un instrumento de medición de satisfacción del cliente en SST, lo que impide conocer por parte de las partes interesadas las sugerencias, observaciones entre otras (ISO 9001:2015 Numeral 9.1 literales a y b)</p> <p>9 EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO 9.1.2 Satisfacción del cliente La organización debe realizar el seguimiento de las percepciones de los clientes del grado en que se cumplen sus necesidades y expectativas. La organización debe determinar los métodos para obtener, realizar el seguimiento y revisar ESTÁ información.</p>
8	<p>Realizando la validación de existencia de los programas de Vigilancia (PVE), se encuentran establecidos los PVE asociados al tema osteomuscular (riesgo biomecánico) y riesgo psicosocial, no se encontró la existencia de Programas de Vigilancia Epidemiológica (PVE) para los riesgos biológico, cardiovascular, auditivo y orden público. Riesgos también presentes en la gestión de la FND.</p>	<p>No hay información remitida por el proceso a la oficina de control interno.</p>
9	<p>No se evidencia el documento de reincorporación laboral el cual debe incluir: nombre del servidor, el cargo, las recomendaciones impartidas por la EPS y/o ARL, seguimientos, readaptaciones y reubicaciones realizadas por la Entidad</p>	<p>No hay información remitida por el proceso a la oficina de control interno</p>
10	<p>Se evidencia que el proceso GRH- SG-SST cuenta con planes de mejoramiento abiertos, generados por la auditoría de BUREAU VERITAS realizada en marzo.</p>	<p>No hay información remitida por el proceso a la oficina de control interno</p>

11	<p><i>Durante la auditoría no se evidencio la identificación de los requisitos legales entre ellos, se encuentra la Resolución 312 del 2015 entre otra normatividad aplicable sistema.</i> ISO 45001:2018 6.1.3 Determinación de los requisitos legales y otros requisitos <i>c) tener en cuenta estos requisitos legales y otros requisitos al establecer, implementar, mantener y mejorar de manera continua su sistema de gestión de la SST</i></p>	<p><i>No hay información remitida por el proceso a la oficina de control interno</i></p>
12	<p><i>Del análisis realizado a los Indicadores del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, se encontró que no existe seguimiento en los meses de enero, febrero, marzo, abril 2023 incumpliendo lo establecido en los Artículos 2.2.4.6.19 al 2.2.4.6.22 del Decreto 1072 de 2015: "(...) El empleador debe definir los indicadores (cualitativos o cuantitativos según corresponda) mediante los cuales se evalúen la estructura, el proceso y los resultados del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST y debe hacer el seguimiento a los mismos."</i> ISO 45001:2018 6.2.2 Planificación para lograr los objetivos de la SST <i>e) cómo se evaluarán los resultados, incluyendo los indicadores de seguimiento;</i> 9.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación del desempeño <i>b) los métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación del desempeño, según sea aplicable, para asegurar resultados válidos;</i> <i>c) los criterios frente a los que la organización evaluará su desempeño de la SST;</i> <i>d) cuándo se debe realizar el seguimiento y la medición;</i> <i>e) cuándo se deben analizar, evaluar y comunicar los resultados del seguimiento y la medición.</i> <i>La organización debe evaluar el desempeño de la SST y determinar la eficacia del sistema de gestión de la SST. La organización debe asegurarse de que el equipo de seguimiento y medición se calibra o se verifica según sea aplicable, y se utiliza y mantiene según sea apropiado.</i></p>	<p><i>No hay información remitida por el proceso a la oficina de control interno</i></p>
13	<p><i>Realizar la actualización del FORMATO CRONOGRAMA PLAN DE TRABAJO SG-SST identificado bajo GRH-FT-01, incluyendo las actividades que se van a ejecutar en la presente anualidad, conforme a la nueva estructura organizacional.</i> La norma señala ISO 45001:2018 7.5.3 Control de la Información documentada <i>La información documentada requerida por el sistema de gestión de la SST y por este documento se debe controlar para asegurarse de que:</i> <i>a) esté disponible y sea idónea para su uso, dónde y cuándo se necesite;</i> <i>b) esté protegida adecuadamente (por ejemplo, contra pérdida de la confidencialidad, uso inadecuado, o pérdida de integridad).</i> <i>Para el control de la información documentada, la organización debe abordar las siguientes actividades, según sea aplicable</i> <ul style="list-style-type: none"> — distribución, acceso, recuperación y uso; — almacenamiento y preservación, incluida la preservación de la legibilidad; — control de cambios (por ejemplo control de versión); </p>	<p><i>No hay información remitida por el proceso a la oficina de control interno</i></p>

	— conservación y disposición.	
14	<p>En la auditoría se evidenció documentos que se encuentran sin codificar o en formatos que no corresponden a la jefatura, entre ellos GHR- FT-02 – indicadores de Gestión, en consecuencia, se requiere la validación del proceso para la migración y actualización de los documentos al sistema integrado de gestión</p> <p>7.5.3 Control de la Información documentada La información documentada requerida por el sistema de gestión de la SST y por este documento se debe controlar para asegurarse de que:</p> <p>a) esté disponible y sea idónea para su uso, dónde y cuándo se necesite; b) esté protegida adecuadamente (por ejemplo, contra pérdida de la confidencialidad, uso inadecuado, o pérdida de integridad).</p> <p>Para el control de la información documentada, la organización debe abordar las siguientes actividades, según sea aplicable</p> <ul style="list-style-type: none"> — distribución, acceso, recuperación y uso; — almacenamiento y preservación, incluida la preservación de la legibilidad; — control de cambios (por ejemplo control de versión); — conservación y disposición. 	No hay información remitida por el proceso a la oficina de control interno
15	<p>CONSOLIDACION OBSERVACIONES 3 Y 4</p> <p>Durante la auditoría no se evidencia archivo documental que contenga el repositorio de las capacitaciones (invitación, memorias, evaluación) del Sst</p> <p>ISO 45001:2018 7.5.3 Control de la Información documentada</p> <p>La información documentada requerida por el sistema de gestión de la SST y por este documento se debe controlar para asegurarse de que:</p> <p>a) esté disponible y sea idónea para su uso, dónde y cuándo se necesite; b) esté protegida adecuadamente (por ejemplo, contra pérdida de la confidencialidad, uso inadecuado, o pérdida de integridad).</p> <p>Para el control de la información documentada, la organización debe abordar las siguientes actividades, según sea aplicable</p> <ul style="list-style-type: none"> — distribución, acceso, recuperación y uso; — almacenamiento y preservación, incluida la preservación de la legibilidad; — control de cambios (por ejemplo control de versión); — conservación y disposición. 	No hay información remitida por el proceso a la oficina de control interno
16	<p>De la revisión practicada a las carpetas de las inspecciones realizadas por la jefatura de talento humano, se evidencia lo siguiente PROCEDIMIENTO DE INSPECCIONES. Código: GAF-JTH-SST-PD-06 En el procedimiento no indica quiénes son los responsables de las inspecciones En el procedimiento la codificación de los formatos de inspección no corresponde a los formatos cargados en el SIG Se debe revisar la periodicidad de inspecciones y deben tener en cuentas incluir en los formatos las firmas de los responsables en el formato. INSPECCIÓN DE INSTALACIONES Cada cuatro meses GAF-JTH-SST-PD-06-FT-01 Responsable del SG-SST FECHAS 1.2 3/02/2022 2.</p>	No hay información remitida por el proceso a la oficina de control interno

<p>Falta junio de 2022 3.1 3/10/2022 4. Falta Febrero de 2023. 5.2 5/04/2023. Falta la sede 2. Falta control de cambios Faltan firmas del responsable</p> <p>INSPECCIÓN DE ORDEN Y ASEO Cada cuatro meses GAF-JTH-SST-PD-06-FT-02 Responsable del SG-SST 1.2 7/03/2022 2. Falta Julio de 2022 3.2 2/11/2022. ESTÁ diligenciada a lápiz. No firmada por Copasst sede 1 4.2 5/04/2022. El año debe ser 2023. Falta la de sede N.2 Faltan firmas del responsable</p> <p>INSPECCIONES GERENCIALES LOCATIVAS Semestral GAF-JTH-SST-PD-06-FT-03 Responsable del SG-SST 1.2 0/04/2022. Sin firmas. Sede 1 y 2 2.1 3/12/2022. Sin firmas 3.N o existen más formatos para el 2023</p> <p>FORMATO INSPECCIÓN DE VEHÍCULO Cada cuatro meses GAF-JTH-SST-PD-06-FT-04 Responsable del SG-SST 1.0 1/03/22. Se realizó inspección al vehicular</p> <p>FORMATO DE INSPECCIÓN DE CAMILLAS No se reporta ninguna carpeta con respecto a ESTÁ inspección</p> <p>FORMATO INSPECCIÓN DE CONTENIDO DEL BOTIQUÍN TIPO A Cada cuatro meses GAF-JTH-SST-PD-06-FT-03 Responsable del SG-SST y brigadistas 1.2 3/02/2022 2.2 5/05/2022 3. Falta septiembre 4.2 2/11/2022. No ESTÁ firmada 5.2 5/04/2022. ESTÁ mal el año, debe ser 2023</p> <p>Cuantos extintores hay en la FND Faltan inspecciones</p> <p>MANEJO Y ALMACENAMIENTO DE PRODUCTOS QUÍMICOS No existen formatos asociados con ESTÁ inspección En el procedimiento no existe la inspección de protocolo de seguridad, sin embargo, este información documentada</p> <p>PROTOCOLO BIOSEGURIDAD En el procedimiento se encuentra inmerso el nombre del médico con el número telefónico y el especialista ESTÁ sin contrato Artículo 16 de la Resolución 0312 de 2019 "(...) Definir e implementar las acciones preventivas y/o correctivas necesarias con base en los resultados de la supervisión, inspecciones, medición de los indicadores del Sistema de Gestión de SST entre otros, y las recomendaciones del COPASST. (...)"</p> <p>7.5.3 Control de la Información documentada La información documentada requerida por el sistema de gestión de la SST y por este documento se debe controlar para asegurarse de que: a) esté disponible y sea idónea para su uso, dónde y cuándo se necesite b) esté protegida adecuadamente (por ejemplo, contra pérdida de la confidencialidad, uso inadecuado, o pérdida de integridad). Para el control de la información documentada, la organización debe abordar las siguientes actividades, según sea aplicable — distribución, acceso, recuperación y uso; — almacenamiento y preservación, incluida la preservación de la legibilidad; — control de cambios (por ejemplo, control de versión); — conservación y disposición Suzuki NQP140 2.2 7/10/2022. Inspección a los vehículos NQP 140 y GRC 412 Toyota Identificar cuantos vehículos tiene la Federación Falta la inspección de febrero de 2023</p>	
---	--

17	<p>En la auditoría no se evidencia un instrumento de medición de satisfacción del cliente en SST, lo que impide conocer por parte de las partes interesadas las sugerencias, observaciones entre otras (ISO 9001:2015 Numeral 9.1 literales a y b)</p> <p>9 EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO</p> <p>9.1.2 Satisfacción del cliente</p> <p>La organización debe realizar el seguimiento de las percepciones de los clientes del grado en que se cumplen sus necesidades y expectativas. La organización debe determinar los métodos para obtener, realizar el seguimiento y revisar ESTÁ información.</p>	No hay información remitida por el proceso a la oficina de control interno
18	<p>Se evidencia que la acción correctiva propuesta para el cierre de la no conformidad No.2, no fue eficaz, no se evidencia el seguimiento de la matriz de peligros y riesgos para primer cuatrimestre del 2023, tampoco se encontró la implementación de la actividad incluir en el plan de trabajo la actividad anual del SGSST la planificación cuatrimestral seguimiento y evaluación de los controles.</p>	No hay información remitida por el proceso a la oficina de control interno
19	<p>En la matriz de requisitos legales no referencia en algunos casos la evidencia del cumplimiento legal, Indica sin novedad, así mismo no se observa la inclusión de la Resolución 2764 de 2022, y no se muestra evidencia Circular 069 de 2022, Circular 063, circular 015 de 2022, decreto 768 de 2022, incumpliendo el procedimiento para la identificación de requisitos legales y de otra índole, GIO PD 07 v 6 24.3.23, se reporta de tipo menor por la significancia de la muestra.</p>	No hay información remitida por el proceso a la oficina de control interno
20	<p>Fortalecer el tema de SST en la matriz DOFA y en todas las matrices asociadas al plan estratégico institucional</p>	No hay información remitida por el proceso a la oficina de control interno
21	<p>Incluir los comités, brigadistas e IPS, en la identificación de las partes interesadas, en la matriz de la caracterización del proceso GAF.</p>	No hay información remitida por el proceso a la oficina de control interno
22	<p>Especificar los cambios en documentos de SST en la gestión del cambio.</p>	No hay información remitida por el proceso a la oficina de control interno
23	<p>No se realizó la socialización a los colaboradores los riesgos y peligros en SST.</p>	No hay información remitida por el proceso a la oficina de control interno
24	<p>No se ha aplicado la batería psicosocial.</p>	No hay información remitida por el proceso a la oficina de control interno
25	<p>No se cuenta con la política de sustancias psicoactivas.</p>	No hay información remitida por el proceso a la oficina de control interno
26	<p>Revisar el cumplimiento del plan anual de trabajo de SST.</p>	No hay información remitida por el proceso a la oficina de control interno
27	<p>Mejorar los análisis de causas y el plan de acción de los planes de mejoramiento de SST</p>	No hay información remitida por el proceso a la oficina de control interno
28	<p>Se debe incluir en el acta de revisión por la dirección la evaluación de cumplimiento de requisitos legales en SST: la autoevaluación y los que están asociados al indicador relacionar cuales no se cumplen, así sean informativos.</p>	No hay información remitida por el proceso a la oficina de control interno

Fuente: Oficina de Control Interno y Oficina de Planeación

<p>En la matriz GAFG-JTH-SST reportada por la Oficina de Planeación se evidencia:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cuatro (4) hallazgos vencidos 2. El proceso GAF-JTH-SST. Remitió matriz sin el diligenciamiento respectivo en nueve (9) observaciones; sin embargo, la Oficina de planeación reporta avance 3. No hay coherencia entre la acción de mejora, actividades VS la observación y/o hallazgo 4. El seguimiento consiste en un análisis técnico, una evaluación de los informes (visitas, reuniones y otras actividades realizadas por el área de planeación al proceso).
<p>Se observa diferencias entre lo reportado por el proceso GAF-JTH Vs lo reportado por GIO-OAP así:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. De las 19 observaciones registradas y reportadas por la Oficina de Planeación referente al proceso GAF-JTH una (1) se encuentra cerrada y dos (2) abiertas, las cuales son las mismas reportadas por el proceso GAF-JTH a la Oficina de Control Interno; es decir, hay diferencia de 16 observaciones entre lo reportado a Control Interno y lo remitido por la Oficina de Planeación a este organismo de control. 2. Hallazgos vencidos reportados por planeación: seis (6) 3. Hallazgo con el mismo porcentaje de cumplimiento del proceso Vs Oficina de Planeación sin seguimiento: 1,2,7,17 y 19. 4. Hallazgos sin reportes por parte del proceso: once (11): 3,4,5,6, 10,11,12,13,14,15, y 16 5. Hallazgos sin seguimiento por parte de la Oficina de Planeación: once (11).

Fuente: seguimiento oficina de control interno

Observaciones generales Auditorías de Calidad

1. No se observa seguimiento - análisis, consolidada a 30 de junio y reportada por parte de la oficina de planeación a los planes de mejoramiento formato GIO-PD-04-FT-01 producto de auditorías interna y externas de calidad.
2. No se evidencia análisis que permita verificar el avance porcentual reportado por el proceso Vs seguimiento Oficina de Planeación. De conformidad con la observación se denota reiterativa en el primer y segundo trimestre de la vigencia 2023
3. Se observa hallazgos cerrados por cumplimiento de vigencia 2022.
4. No se tuvo en cuenta la recomendación del informe de seguimiento plan de mejoramiento I trimestre “Realizar revisiones periódicas del cumplimiento de las actividades propuestas en sus planes de mejoramiento, con el fin de realizar un seguimiento continuo a los compromisos adquiridos, y en caso de presentar situaciones justificadas que impidan su cumplimiento en los plazos establecidos, solicitar la reformulación y /o cambios al plan de mejoramiento a la Oficina de Control Interno con la debida sustentación.”, (el subrayado es nuestro), por parte de los procesos que tiene hallazgos vencidos.

RECOMENDACIONES

Revisar por parte de los procesos en coordinación con la Oficina de Planeación:

- 1. Las acciones de mejoramiento, actividades Vs el hallazgo.*
- 2. Tener en cuenta la fecha de cierre y/o terminación para subsanar la observación y/o hallazgo*
- 3. Revisar el debido diligenciamiento de la matriz plan de mejoramiento en el formato GIO-PD-04-FT-01 por proceso.*
- 4. Analizar y validar aquellas acciones de mejoramiento y/o actividades que sean determinadas como no efectivas para subsanar hallazgos de conformidad con el seguimiento realizado; se deberán replantear nuevas acciones tendientes a dar tratamiento a lo observado en el hallazgo origen, que permitan la mejora continua del proceso.*
- 5. Revisar, validar por parte de la Oficina de Planeación en coordinación con los procesos los hallazgos u observaciones vencidas a través de mesas de trabajo (proceso Vs GIO-OAP y GIO_OCI), con el fin analizar las causas del vencimiento y formular nuevas acciones para subsanar los hallazgos.*
- 6. Se evidencia que la FND cuenta con veintiún (21) Planes de Mejoramiento de auditorías realizadas por la Oficina de control interno, revisoría fiscal, auditorías de calidad (internas y externas) y auditoría externa al proceso GPE, de los cuales cinco (5) se cerraron por cumplimiento para el II Trimestre del 2023 de los procesos (AIG, GPE, GIO-OP, GAF-JF, GAF-JA, GJA Y JA-CT), tal como se observa en el siguiente cuadro:*

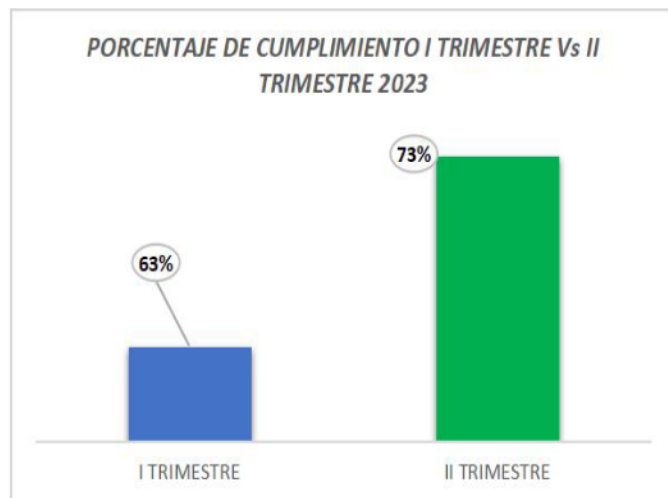
Resumen Planes de Mejora Cerrados II Trimestre 2023				
No	Nombre Plan Mejora	Ente de Control	Porcentaje de Avance	Estado
1	AIG - Asesoría Integral a la Gestión Pública Territorial.	Oficina Asesora Planeación - Auditoría Interna Calidad	100%	Cerrado
2	GPE - Gestión de Proyectos Especiales.	Oficina Asesora Planeación - Auditoría Interna Calidad	100%	Cerrado
3	GAF - Gestión Administrativa y Financiera - Jefatura Administrativa -	Oficina Asesora Planeación - Auditoría Interna Calidad	100%	Cerrado
4	GJA - Gestión Jurídica y Asuntos Legales	Oficina Asesora Planeación - Auditoría Interna Calidad	100%	Cerrado
5	Plan de Mejora Riesgos Seguridad Digital	Oficina Control Interno	100%	Cerrado

Fuente: seguimiento oficina de control interno

6. CONCLUSION

Los procesos vienen dando cumplimiento a subsanar los planes de mejoramiento levantados de las auditorías y seguimientos generados por los organismos de control y en los tiempos establecidos; sin embargo, se debe revisar aquellos cuyas acciones y/o actividades no son efectivas para subsanar el hallazgo respectivo y replantearlas que permitan la mejora continua y el logro de los objetivos de la entidad.

Para el segundo trimestre se obtuvo un porcentaje de cumplimiento del **73%**, es importante seguir con el continuo monitoreo y establecimiento de controles por parte de los responsables de los procesos para cumplir con las acciones y actividades establecidas previamente y dar cumplimiento y cierre a los planes de mejoramiento levantados.



Fuente: seguimiento oficina de control interno

Desde el seguimiento de los planes de mejoramiento realizados por esta oficina, se continúa acentuando la importancia de los hallazgos, conforme a la información que proporcionan desde cada uno de los procesos y los cuales permite medir y evaluar la eficacia del SGC y lograr identificar oportunidades de mejora en tiempo real.

Por lo anterior y de manera general se puede concluir que el reporte permite analizar el contenido de las acciones y las fuentes de generación, así mismo el nivel de cumplimiento desde cada uno de los reportes de cada proceso. Sin embargo, se espera que para el reporte del tercer trimestre disminuyan las acciones que a la fecha se encuentran cumplidas (Vigencias anteriores), abiertas y/o vencidas, con el fin de continuar orientando el plan a transformaciones integrales desde la FND en situaciones susceptibles de mejora que puedan ser subsanadas con antelación.

Atentamente:


CLARA CONSUELO OVALLE JIMÉNEZ
 Jefe Oficina de Control Interno

Elaboro:	Revisó:	Aprobó
Diana Bravo/Clara Ovalle	Clara Ovalle Jiménez	Clara Ovalle Jiménez
Fecha: agosto 2023	Fecha: agosto 2023	Fecha: agosto 2023