

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	CÓDIGO: ES-F-08	VERSIÓN: 02	FECHA: 02-05-2019	PÁGINA: 1 DE 30

Auditoria No:	03	Fecha:	Día:	05	Mes:	09	Año:	2023
----------------------	----	---------------	-------------	----	-------------	----	-------------	------

NOMBRE DEL PROCESO O AREA	Gestión Talento Humano.
PROCEDIMIENTOS	Sistema Gestión – Seguridad y Salud en el Trabajo.
RESPONSABLE (S)	Subdirector General, lides del Sistema Gestión – SST.
AUDITOR	Carlos Samuel Rosado Sarabia, Asesor de Control Interno de Gestión.

INTRODUCCIÓN.	<p>En el marco de los lineamientos establecidos mediante la Ley 87 de 1993, <i>“por medio de la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en la entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones”</i>, y teniendo en cuenta lo descrito en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG en la dimensión de “Control Interno”, donde se define la auditoría como <i>“una actividad independiente y objetiva de aseguramiento y consulta, concebida para agregar valor y mejorar las operaciones de la entidad; que ayuda a cumplir sus objetivos aportando un enfoque sistemático y disciplinado para evaluar y mejorar la eficacia de los procesos de gestión de riesgos, control y gobierno”</i>.</p> <p>La Oficina de Control Interno del Instituto Departamental de Cultura del Meta, en cumplimiento del Programa Anual de Auditorías aprobado por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, presenta el informe de auditoría del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.</p> <p>Actuando como tercera línea de defensa dentro del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, la auditoría se desarrolló a través del Modelo Estándar de Control Interno – MECI, realizando seguimiento a la gestión de la primera y segunda línea de defensa, por medio de la evaluación de la gestión de riesgos asociados al proceso y sus controles.</p> <p>El presente informe de auditoría contiene recomendaciones en el marco del rol de asesoría a la Alta Dirección, con el fin de aportar al mejoramiento del Sistema de Control Interno Institucional.</p>
OBJETIVO DE LA AUDITORÍA:	Evaluar la efectividad de las medidas implementadas por el Instituto Departamental de Cultura del Meta, para proteger a los trabajadores de los riesgos derivados de su actividad laboral, verificando el cumplimiento de los requisitos normativos

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	CÓDIGO: ES-F-08	VERSIÓN: 02	FECHA: 02-05-2019	PÁGINA: 2 DE 30

	contemplados en el Decreto 1072 de 2015 y los estándares de la resolución 312 de 2019.
ALCANCE DE LA AUDITORÍA:	La auditoría se realizará revisando el archivo correspondiente a la vigencia 2020 y 2021 con corte 31 de marzo del año en curso, revisando el archivo documental de acuerdo a la tabla de retención documental vigente, se revisaran los riesgos y la efectividad de los controles establecidos en las diferentes herramientas de gestión, al igual que funciones propias del área como elaboración, actualización de plan de adquisiciones expedición de certificaciones de plan de adquisiciones, almacenamiento de elementos, entradas y salidas de bodega e inventarios.

OBSERVACIONES

1. Criterios de Auditoría.

Se tendrán en consideración entre otros:

- Ley 9 de 1979.
- Ley 55 de 1993.
- Ley 769 de 2002.
- Ley 1010 de 2006.
- Decreto 2851 de 2013.
- Decreto 1072 de 2015 Capítulo 6 artículos 2.2.4.6.4 al 2.2.4.6.28; 2.2.4.6.31 al 2.2.4.6.35.
- Resolución 2013 de 1986 (Reglamenta Comités de medicina hoy COPASST).
- Resolución 2346 de 2007 (Regula la práctica de evaluaciones médicas ocupacionales y el manejo y contenido de las historias clínicas ocupacionales).
- Resolución 2646 de 2008 (define las responsabilidades de los diferentes actores sociales en cuanto a la identificación, evaluación, prevención, intervención y monitoreo permanente de la exposición a los factores de riesgo psicosocial en el trabajo).
- Resolución 1401 de 2007 (reglamenta la investigación de incidentes y accidentes de trabajo).
- Resolución 652 de 2012, (Conformación y Funcionamiento Comités de Convivencia)
- Resolución 1356 de 2012 (Conformación y Funcionamiento Comités de Convivencia)
- Resolución 312 de 2019 (Estándares Mínimos).
- Políticas, manuales, planes y programas propios del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.
- Procedimiento para la continua identificación de peligros, valoración de riesgos y determinación de controles.
- Otros procedimientos, Instructivos y mapas de riesgos

2. Solicitud de información a la persona responsable del SG-SST

El día 23 de junio se cursó solicitud de la siguiente información al correo electrónico: sg-sst@culturameta.gov.co, con copia a: Direccion@culturameta.gov.co,

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	CÓDIGO: ES-F-08	VERSIÓN: 02	FECHA: 02-05-2019	PÁGINA: 3 DE 30

hablemosclaro@culturameta.gov.co,
Sdoperativa@culturameta.gov.co.

Sdadministrativa@culturameta.gov.co

y

Información solicitada el día 23 de junio de 2023.	Fecha de entrega de la información solicitada.
1. Programa y Política de Seguridad y Salud en el Trabajo (2.1.1), Política de Prevención y Control de Consumo Tabaco, Alcohol y Drogas (3.7.1) del IDCM de su respectivo acto administrativo de aprobación.	Entregó información a tiempo.
2. Soporte de los estudios realizado para dar cumplimiento de los numerales 1, 2, 3, 4 del contrato N° 015 de 2023 cuyo objeto contractual es: "PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYOS LA GESTIÓN AL SISTEMA DE LA SEGURIDAD Y LA SALUD EN EL TRABAJO Y APOYO ADMINISTRATIVO EN EL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE CULTURA DEL META " (1.1.2)..	Entregó información a tiempo.
3. Fotocopia de la Licencia de SST (1.1.2).	Entregó información a tiempo.
4. Certificado de aprobación del curso de 50 Horas (con vigencia no mayor a 3 años) (1.1.2).	Entregó información a tiempo.
5. Último acto administrativo de creación y/o modificación del comité de COPASST (1.1.6).	Entregó información a tiempo.
6. Actas del comité de COPASST de las vigencias 2022 y 2023 incluyendo los comités extraordinarios (1.1.6).	Entregó información a tiempo.
7. Último acto administrativo de creación y/o modificación del comité de Convivencia Laboral (1.1.8).	Entregó información a tiempo.
8. Actas del comité de Convivencia Laboral de las vigencias 2022 y 2023 incluyendo los comités extraordinarios (1.1.8).	Entregó información a tiempo.
9. Programa de capacitación en Seguridad y Salud en el trabajo las vigencias 2022 y 2023 acompañado de las respectivas actas de lo ejecutado (1.2.1).	Entregó información a tiempo.
10. Matriz legal actualizada a las normas del Sistema General de Riesgos Laborales aplicables al instituto (2.7.1).	Entregó información a tiempo.
11. Los diferentes procedimiento propios del SST con sus respectivos actos administrativos de aprobación (un acto administrativo puede contener varios procedimientos aprobados).	Entregó información a tiempo.
12. Programa de Estilos de vida y entorno saludable (3.1.7).	Entregó información a tiempo.
13. Indicadores del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (6.1.1).	Entregó información a tiempo.
14. Mapa de riesgos de gestión vigente.	Entregó información a tiempo.

COPIA CONTROLADA

	INFORME FINAL DE AUDITORIA		
	CÓDIGO: ES-F-08	VERSIÓN: 02	FECHA: 02-05-2019

3. Riesgos Evaluados:

Riesgos Identificados en el proceso de auditoría.	Cubierto en el alcance de la auditoría.	Calificación de riesgo inherente Según matriz de riesgos del proceso.
Se evidenció a patía al proceso a los proceso de auditoría.	Ambiente laboral sin recomendaciones que garanticen el bienestar de los colaboradores	Alta.

4. Fortalezas

1. Conocimiento del marco legal y generalidades del Sistema SGSST de las responsables del Sistema tanto entrante como saliente.
2. Disponibilidad de recursos de la entidad para el ejercicio de la auditoría.
3. Conocimiento en la regulación sobre requisitos del SGSST en los diferentes tipos o modalidades de contratos.

5. Limitación al alcance de la auditoría.

La Oficina de Control Interno, de manera concertada y para el logro del objetivo de la auditoría, hizo uso de las herramientas virtuales de comunicación y almacenamiento de Información dispuestas para el normal desempeño de la misma, solicitando de manera anticipada y concertada a la persona líder (contratista) del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo información relevante para desarrollar de una manera ágil la auditoría, más sin embargo esta información fue entregada sobre el tiempo de apertura de la misma, lo cual retrasa la entrega del informe final de la misma.

6. Contexto del Instituto Departamental de cultura del Meta (IDCM).

El IDCM, creado mediante Ordenanza Departamental 281 de 1998, como órgano independiente con autonomía administrativa y patrimonio propio, adscrito al despacho de la Gobernación, encargado de coordinar y ejecutar la política del Departamento en esta materia y de proteger el patrimonio cultural, de acuerdo con los lineamientos de la Ley General de Cultura. El IDCM funciona en la Cra 8 #8-110/4-2a en la Casa de la Cultura, San Martín de los Llanos, Meta, una sede satélite en la Cra. 29 #Calle 33 – Teatro La Vorágine, Villavicencio, Meta. Igualmente, el IDCM está encargado de la administración del teatro La Vorágine el cual funciona en la Cra. 29 #Calle 33 y la Casa Museo Meta ubicado en la Cra 6 #4-40 barrio fundadores, en el municipio de San Martín de los Llanos.

6.1 Casa de la Cultura de San Martín:



la sede principal del IDCM, funciona en una casa antigua de dos pisos, consta de:

Primer piso: cinco (5) oficinas y una galería.

Segundo piso: cinco (5) oficinas.

El Instituto Departamental de Cultura del Meta, funciona en San Martín de los Llanos en una construcción tipo colonial con amplias puertas y ventanales lo que le permite tener una buena iluminación, así como buena ventilación, la galería cuenta con señalización de salida en caso de una emergencia, cuenta con tres (3) baños, uno para damas, uno para caballeros y uno para personas con discapacidad.

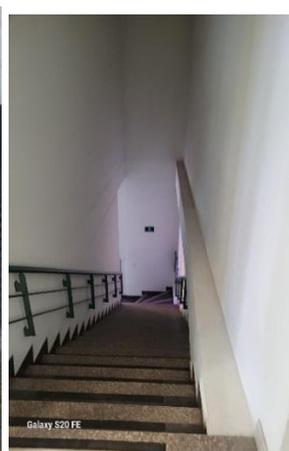
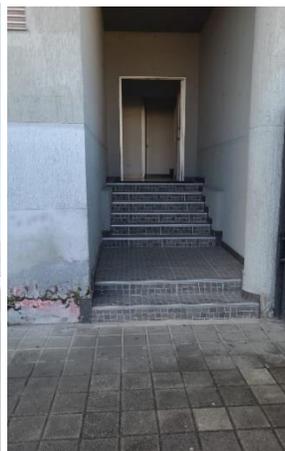
Durante el recorrido se observó que: No se cuenta con la señalización y plano de evacuación, la carga de los extintores se encuentra vencidos desde el mes de diciembre de 2022, el extintor de Dióxido de Carbono se encuentra en su caja de embalaje, existe un botiquín de primeros auxilios se encontraron medicamento vencidos. Se evidenció que no existe un punto de encuentro para reunir el personal en caso de una emergencia.





6.2 Sede Satélite “Teatro la Vorágine”.

La sede satélite “Teatro La Vorágine” funciona la mayor parte de los procesos del instituto, estas se encuentran en un segundo piso, cuenta con tres escaleras de acceso pero solo una se encuentra habilitada para su uso, las dos deshabilitada conducen al hall principal del teatro.



No se cuenta con la señalización y plano de evacuación.



cuenta con 4 oficina y cuatro espacios amplios donde funcionan los diferentes puestos de trabajo



Durante el recorrido se observó que: La carga de los extintores se encuentra vencidos desde el mes de diciembre de 2022, existe dos (2) botiquines de primeros auxilios en ambos se encontraron medicamento vencidos.

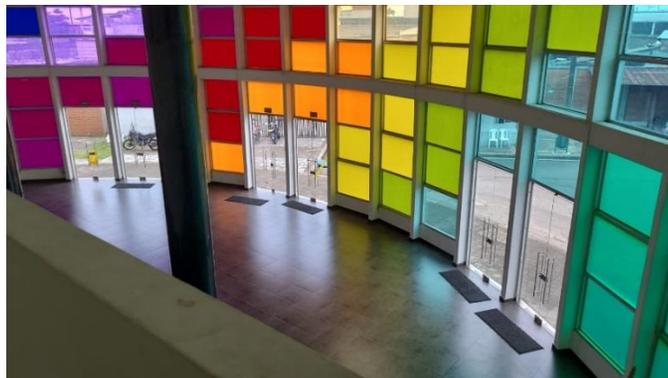
Las instalaciones no cuentan con un mecanismo de acceso para que personas con movilidad reducida o en silla de ruedas.

Dispone de dos (2) baños uno para hombre y uno para as mujeres, ninguno de los dos cuenta con dispositivos que ayuden es su uso a las personas con discapacidad.



6.3 Teatro La Vorágine.

Con seis (6) puertas amplias para el acceso desde el exterior y pasillos amplios para el ingreso y evacuación del auditorio



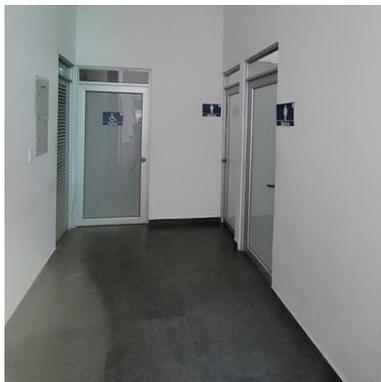
Con capacidad para 524 personas, cómodamente sentadas, y las condiciones óptimas para la realización de eventos culturales,



Dispone de tres (3) salidas, todas con aperturas de seguridad desde el interior, lo cual garantiza una evacuación rápida y segura, en caso de una emergencia su apertura es fácil e inmediata.



Con tres (3) unidades sanitarias para los asistentes a los eventos, una para los hombres, una para las mujeres y una para las personas con discapacidad



Cuenta con dos (2) camerinos y un (1) salón amplio contiguo al escenario principal



Dispone de dos (2) baterías de baños, una para hombres y una para mujeres, no cuenta con baños para personas con discapacidad y los existentes no tiene ayudas que les facilite el uso de los mismos.



7. Resultados Aspectos Evaluados

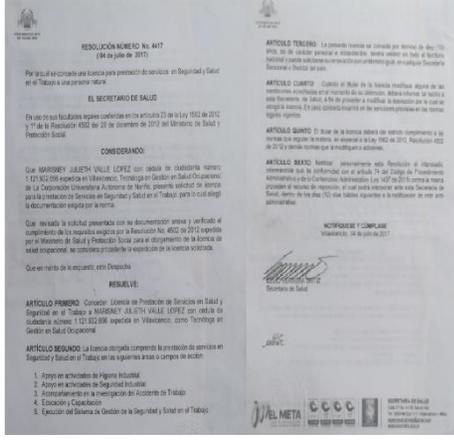
La evaluación del Sistema de Gestión “Seguridad y Salud en el Trabajo”, se soportó en los estándares de la resolución 312 de 2019, capítulo III “Estándares mínimos para empresas de más de cincuenta (50) trabajadores clasificadas con riesgo I, II, III IV ó V y de cincuenta (50) ó menos trabajadores con riesgo IV ó V”, artículo 16

I. PLANEAR

RECURSOS (10%).

Recursos financieros, técnicos humanos y de otras índoles requeridas para coordinar y desarrollar el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) (4 %)

Núm.	Ítem	CALIFICACIÓN		Evidencias/Observaciones
		C	NC	

1.1.1	Asignación de una persona que diseñe e implemente el Sistema de Gestión de SST.	0,5		<p>Se verifico que la persona delegada para atender la presente auditoria dispone del perfil exigido por la normatividad vigente mediante resolución 4417 de 2017 de la Secretaria de Salud del Meta para que se desempeñe como tecnóloga en Gestión en Salud Ocupacional.</p> 
1.1.2	Asignación de responsabilidades en SST	0.5		<p>Al momento de realizar la presente auditoria la persona delegando por el IDCM se encuentra contratada mediante contrato de prestación de servicios 318 del 27 de junio del 2023, al revisar las obligaciones especificas se evidencio en este funciones pertinentes al sostenimiento del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el trabajo, dentro de sus funciones, lo anterior indica que no existe una persona al del instituto en cargada mediante cualquier modalidad de contratación a cargo de este sistema. Curso vigente con fecha de realización del 16 de abril de 2022.</p> 
1.1.3	Asignación de recursos para el Sistema de Gestión en SST.	05		<p>Los recursos se asigna para el sistema de asigna al principio de año dentro del plan anual de compra según las necesidades reportadas por el administrador del sistema a la Subdirección General. Para la vigencia 2023 mediante resolución 16 de 2023 se aprobó el plan anual de compras quedando asignados los recursos requeridos para el funcionamiento del SG-SST.</p>
1.1.4	Afiliación al Sistema de Seguridad Social Integral	0.5		<p>La afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud, Pensión y Riesgos Laborales del personal de planta del instituto se evidencio mediante la generación de los compromisos presupuestales por parte de la entidad en el rubro 2.1.1.01.02.001.</p> <p>Se revisó la afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud, Pensión y Riesgos Laborales 37 contratista de 234 lo que representa un el 15% del personal contratado, se evidencio la afiliación al sistema de seguridad social integral.</p>

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	CÓDIGO: ES-F-08	VERSIÓN: 02	FECHA: 02-05-2019	PÁGINA: 12 DE 30

1.1.6	Conformación y funcionamiento del COPASST.	0	<p>Mediante Circular informativa N° 9 del 7 de julio del 2021 se realizó convocatoria al personal del IDCM para la conformación del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo.</p> <p>No evidencio resolución u otro acto administrativo de conformación del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo, ni acta de constitución del mismo. Lo anterior no ha sido impedimento para que desde la Subdirección General desarrollen reuniones para revisar las acciones de mejora continua del SG-SST.</p> <p>Se evidencio que uno de los integrantes ya no es funcionario del instituto.</p>
1.1.7	Capacitación de los integrantes del COPASST.	0	El día 26 de septiembre del 2022 se realizó Asesoría (capacitación) por parte de la empresa POSTITIVA. No hay listado de asistencia.
1.1.8	Conformación y funcionamiento del Comité de Convivencia Laboral.	0.5	<p>Mediante Circular informativa N° 10 del 9 de julio del 2021 se realizó convocatoria al personal del IDCM para la conformación del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo.</p> <p>No evidencio resolución u otro acto administrativo del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo, ni el acta de constitución del mismo. Lo anterior no es impedimento para que desde la Subdirección General se desarrollen reuniones trimestrales para revisar las acciones de mejora continua del SG-SST con el personal de planta del instituto.</p>

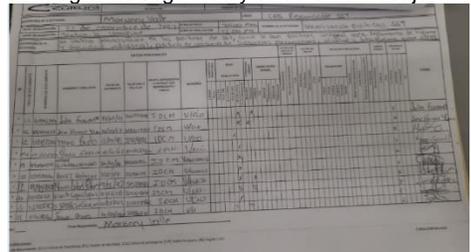
Capacitación en el sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo (6 %).

Núm.	Ítem	CALIFICACIÓN		Evidencias/Observaciones																																							
		C	NC																																								
1.2.1	Elaborar y ejecutar el programa de capacitación anual en promoción y prevención, que incluye lo referente a los peligros/riesgos prioritarios y las medidas de prevención y control, extensivo a todos los niveles de la organización.		0	<p>Se elaboró programa de capacitaciones, no se da cumplimiento a lo programado, se han realizado actividades de capacitación como: hábitos saludables, primeros auxilios, manejo de extintores entre otros.</p> <p>Se evidencia poca asistencia a las actividades.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>Nombre de Indicador</th> <th>Fórmula</th> <th>Meta</th> <th>2021</th> <th>I TRIMESTRE DE 2022</th> <th>II TRIMESTRE DE 2022</th> <th>III TRIMESTRE DE 2022</th> <th>IV TRIMESTRE DE 2022</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4">Cumplimiento</td> <td rowspan="4">Actividades realizadas / 100 Actividades programadas</td> <td rowspan="4">80%</td> <td>* Actividades realizadas</td> <td>2</td> <td>3</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>* Actividades programadas</td> <td>7</td> <td>4</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Porcentaje de Cumplimiento</td> <td>29%</td> <td>75%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>Campaña</td> <td>No</td> <td>No</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="8">ANÁLISIS</td> </tr> </tbody> </table>	Nombre de Indicador	Fórmula	Meta	2021	I TRIMESTRE DE 2022	II TRIMESTRE DE 2022	III TRIMESTRE DE 2022	IV TRIMESTRE DE 2022	Cumplimiento	Actividades realizadas / 100 Actividades programadas	80%	* Actividades realizadas	2	3			* Actividades programadas	7	4			Porcentaje de Cumplimiento	29%	75%	0%	0%	Campaña	No	No			ANÁLISIS							
Nombre de Indicador	Fórmula	Meta	2021	I TRIMESTRE DE 2022	II TRIMESTRE DE 2022	III TRIMESTRE DE 2022	IV TRIMESTRE DE 2022																																				
Cumplimiento	Actividades realizadas / 100 Actividades programadas	80%	* Actividades realizadas	2	3																																						
			* Actividades programadas	7	4																																						
			Porcentaje de Cumplimiento	29%	75%	0%	0%																																				
			Campaña	No	No																																						
ANÁLISIS																																											
1.2.2	Inducción y reinducción en SST.		0	El día 22 de noviembre del 2022 se realizó la última inducción y reinducción al SST, en la cual participaron 7 funcionarios de planta de 18 (39%) y 4 contratistas de 180 en contravención del numeral 5 de la cláusula décimo primera de los contratos.																																							

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	CÓDIGO: ES-F-08	VERSIÓN: 02	FECHA: 02-05-2019	PÁGINA: 13 DE 30

1.2.3	Curso Virtual de capacitación de cincuenta (50) horas en SST.	2	<p>La persona delegada para atender la auditoria no tiene dentro de sus funciones especificas las correspondientes al SG-SST, presento certificado del curso de 50 Horas, fecha de finalización 16 de abril de 2022, se encuentra vigente.</p>  <p>OBJETO PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL FORTALECIMIENTO BIOLÓGICO DEL PATRIMONIO CULTURAL EN EL MARCO DE LAS COMPETENCIAS DEL CENTRO DE PATRIMONIO CULTURAL DEL META</p> <p>CONTRATO EN CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN SE FIRMA EN EL MUNICIPIO DE SAN MARTÍN, EL DÍA 27 DE JUNIO DE 2023.</p> <p>CONTRATISTA: MARISNEY JULIETH VALLE LOPEZ DIRECTORA: LUJAN CAROLA ARBORETOY MENEZ</p>
-------	---	---	---

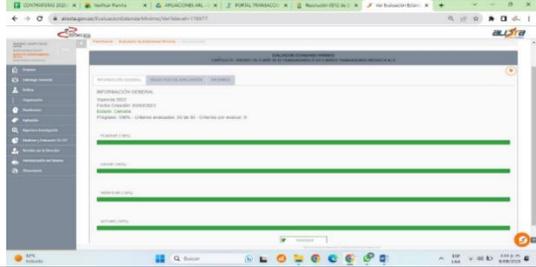
GESTIÓN INTEGRAL DEL SISTEMA DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (15%)

Núm.	Ítem	CALIFICACION		Evidencias/Observaciones
		C	NC	
2.1.1	Política de Seguridad y Salud en el Trabajo.	1		<p>La última revisión se realizó en noviembre de 2022. Se socializo el 22 de noviembre los cambios aplicados a la política integral de seguridad y salud en el trabajo.</p> 

Núm.	Ítem	CALIFICACION		Evidencias/Observaciones
		C	NC	
2.2.1	Objetivos de SST.	1		<p>Se presenta documento: "Manual del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo" con fecha de elaboración en control de cambios de junio de 2019.</p> <p>No se evidencio en el documento firma del representante legal ni acto administrativo mediante el cual se aprobó el documento.</p>

Núm.	Ítem	CALIFICACION		Evidencias/Observaciones
		C	NC	
2.3.1	Evaluación Inicial del Sistema de Gestión.	1		<p>Se presentó matriz legal, matriz de peligros y evaluación de riesgos, verificación de controles, lista de asistencia a capacitaciones, análisis de puestos de trabajo, exámenes médicos de ingreso y periódicos e indicadores, entre otros.</p> <p>No se evidencio seguimiento a los documentos mencionados.</p>

**INFORME FINAL DE AUDITORIA****CÓDIGO:**
ES-F-08**VERSIÓN:**
02**FECHA:**
02-05-2019**PÁGINA:**
14 DE 30

Núm.	Ítem	CALIFICACIÓN		Evidencias/Observaciones
		C	NC	
2.4.1	Plan Anual de Trabajo.	1		<p>El día 3 de marzo del 2023 se realizó por parte del IDCM la autoevaluación del SG-SST, se reportó en la plataforma dispuesta para tal fin por la ARL POSITIVA "ALISTA".</p> <p>No se evidenció seguimiento al plan de trabajo.</p> 
2.5.1	Archivo y retención documental del Sistema de Gestión de SST.	2		No se evidencia la existencia de un archivo organizado, la información referente al SG-SST se lleva en carpetas desacifricadas, no se encuentran separadas por procedimiento, sin orden cronológico entre otros.
5.6.1	Rendición de cuentas		0	No se presentaron informes de seguimiento al SG-SST dirigidos al representante legal.
2.7.1	Matriz legal	1		El Instituto cuenta con la matriz legal actualizada a 2022.
2.8.1	Mecanismos de comunicación.	1		La difusión de las diferentes actividades a realizar en busca del mejoramiento continuo del SG-SST se realiza mediante la utilización de los diferentes medios tecnológicos como correo electrónico, WhatsApp entre otros.
2.9.1	Identificación y evaluación para la adquisición de bienes y servicios.	1		El numeral del 14.1.5. "PLAN ANUAL DE ADQUISICIONES" del manual código MN-CON-01 "Manual de Contrastación" describe la forma en que los líderes de los procesos de la entidad deben realizar el procedimiento para la inclusión de los bienes y servicios que requiere el instituto.
2.10.1	Evaluación y selección de proveedores y contratistas	2		El IDCM, dentro del manual de contratación estableció que en los procesos de selección, el ordenador del gasto designara un comité evaluador quien emitirá un concepto favorable o no a las propuestas que se presenten dentro de los procesos contractuales. Para el caso de los contratistas el ordenador del gasto envía a los potenciales proveedores una carta de invitación para que presenten su propuesta.
Núm.	Ítem	CALIFICACION		Evidencias/Observaciones

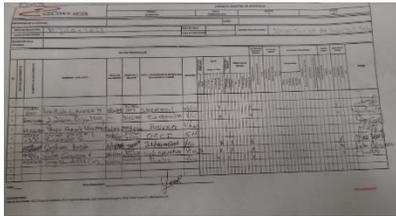
COPIA CONTROLADA

		C	NC	
2.11.1	Gestión del cambio.		0	No existe un procedimiento documentado donde dicte el paso a paso para la gestión del cambio.

II. HACER

GESTIÓN DE LA SALUD (20%).

Condiciones de salud en el trabajo (9%) .

Núm.	Ítem	CALIFICACIÓN		Evidencias/Observaciones
		C	NC	
3.1.1	Descripción sociodemográfica y Diagnóstico de las condiciones de salud de los trabajadores		0	<p>Se realizó encuesta "perfil Sociodemográfico" a la totalidad de los funcionarios y contratistas (113).</p> <p>Personal de Planta: El último examen periódico de condiciones de salud para los funcionarios de planta se realizó en el año 2019, es de aclarar que esta evaluación debe ser realizado cada dos años por médico especialista en salud ocupacional de acuerdo con la resolución 2346 de 2007, Artículo 5°. "Evaluaciones médicas ocupacionales periódicas. Las evaluaciones médicas ocupacionales periódicas se clasifican en programadas y por cambio de ocupación". Y al ordinal 2 del numeral 5 del procedimiento CÓDIGO: GTH-SGST-P-06 "PROCEDIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES"...</p> <p>Contratistas: Se observó que los contratistas presentaron el examen de salud ocupacional al momento de suscribir el contrato.</p>
3.1.2	Desarrollar las actividades de medicina del trabajo, prevención y promoción de la salud y programas de vigilancia epidemiológica requeridos, de conformidad con las prioridades identificadas en el diagnóstico de condiciones de salud y con los peligros/riesgos prioritarios.		0	<p>El IDCM Desarrollar las actividades de prevención y promoción de la salud requeridos de conformidad con las prioridades identificadas en el diagnóstico de condiciones de salud y con los peligros/riesgos prioritarios.</p> <p>Se observa poca adherencia al proceso por parte del personal, de 18 funcionarios a estos eventos asiste en promedio el 45%.</p> 
3.1.3	Perfiles de cargos			
3.1.4	Evaluaciones médicas ocupacionales			
3.1.5	Custodia de las historias clínicas			
3.1.6	Restricciones y recomendaciones médico laborales	1		El IDCM implementa las recomendaciones realizadas por los profesionales en salud y salud ocupacional al personal de planta y contratista.
3.1.7	Estilos de vida y entorno saludable	1		<p>El IDCM Desarrollar las actividades de prevención y promoción de la salud requeridos de conformidad con las prioridades identificadas en el diagnóstico de condiciones de salud y con los peligros/riesgos prioritarios.</p> <p>Se observa poca adherencia a estas actividades por parte del personal.</p>
3.1.8	Servicios de higiene	1		El IDCM tiene contratado el suministro de agua con la empresa pública de Villavicencio, quien garantizar que esta

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	CÓDIGO: ES-F-08	VERSIÓN: 02	FECHA: 02-05-2019	PÁGINA: 16 DE 30

			es potable, en San Martín dispone de un pozo subterráneo lo cual no garantiza que sea apta para el consumo humano.
3.1.9	Manejo de Residuos	1	El IDCM tiene contratado el servicio de recolección y disposición final de los residuos generados. El instituto no genera residuos sólidos, líquidos o gaseosos peligrosos que ponga en riesgo la salud de sus trabajadores ni el medio ambiente.

Registro, reporte e investigación de las enfermedades laborales, los incidentes y accidentes del trabajo (5%)

Núm.	Ítem	CALIFICACIÓN		Evidencias/Observaciones
		C	NC	
3.2.1	Reporte de accidentes de trabajo y enfermedades laborales.	1		1. Matriz de seguimiento a accidentalidad IDCM CODIGO: GTH-SGST-F-10. 2. Matriz de seguimiento a enfermedad laboral IDCM: no se evidencia el diligenciamiento de esta matriz debido a que no reportado a la fecha enfermedades laborales por parte del médico laboralista. 3. PDF de los FURAT (Formato Único de Reporte de Presunto Accidente de Trabajo): se evidencio el diligenciamiento de este formato en la página de la ARL POSITIVA.
3.2.2	Investigación de incidentes, accidentes de trabajo y las enfermedades cuando sean diagnosticadas como laborales.	1		Se evidencia que el IDCM realiza las investigaciones de rigor cuando ocurre un accidente de trabajo independiente de la letalidad del accidente.
3.2.3	Registro y análisis estadístico de accidentes de trabajo y enfermedades laborales.	1		Matriz de seguimiento a accidentalidad IDCM CODIGO: GTH-SGST-F-10

Mecanismos de vigilancia de las condiciones de salud de los trabajadores (6%)

Núm.	Ítem	CALIFICACIÓN		Evidencias/Observaciones
		C	NC	
2.3.1	Frecuencia de accidentalidad.	1		Matriz de seguimiento a accidentalidad IDCM CODIGO: GTH-SGST-F-10.
3.3.2	Severidad de accidentalidad	1		Matriz de seguimiento a accidentalidad IDCM CODIGO: GTH-SGST-F-10
3.3.3	Proporción de accidentes de trabajo mortales	1		Matriz de seguimiento a accidentalidad IDCM CODIGO: GTH-SGST-F-10
3.3.4	Prevalencia de la enfermedad laboral	0	0	No se puede medir la prevalencia de enfermedades laborales ya que los últimos exámenes de medicina laboral se realizaron en el 2019. A la fecha no se han realizado los examen de medicina laboral según lo establecido en la resolución 2346 del 6007 en su Artículo 5°. Evaluaciones médicas ocupacionales periódicas. Las evaluaciones médicas ocupacionales periódicas se clasifican en programadas y por cambio de ocupación.
3.3.5	Incidencia de la enfermedad laboral.	0	0	No se puede medir la incidencia de enfermedades laborales ya que los últimos exámenes de medicina laboral se realizaron en el 2019. A la fecha no se han realizado los examen de medicina laboral según lo establecido en la resolución 2346 del 6007 en su Artículo 5°. Evaluaciones médicas ocupacionales periódicas. Las evaluaciones médicas ocupacionales periódicas se clasifican en programadas y por cambio de ocupación.

3.3.6	Ausentismo por causa médica	1		Durante el último año se reportó en la matriz legal 4 (cuatro) accidente de trabajo, 1 (uno) en un funcionario y 3 (tres) en tres contratistas.
-------	-----------------------------	---	--	---

GESTION DE LOS PELIGROS Y RIESGOS (30%)
Identificación de peligros, evaluación y valoración de los riesgos (15%)

Núm.	Ítem	CALIFICACIÓN		Evidencias/Observaciones
		C	NC	
4.1.1	Metodología para identificación de peligros, evaluación y valoración de riesgos.	1		El IDCM tiene documentada la matriz CÓDIGO: GTH-SGST-F-02 Identificación de peligros y evaluación y valoración de riesgos y determinación de controles, con participación de todos los niveles de la empresa.
4.1.2	Identificación de peligros y evaluación y valoración de riesgos con participación de todos los niveles de la empresa	1		El IDCM tiene documentada la matriz CÓDIGO: GTH-SGST-F-02 Identificación de peligros y evaluación y valoración de riesgos y determinación de controles, con participación de todos los niveles de la empresa
4.1.4	Mediciones ambientales	1		El IDCM Realizar mediciones ambientales de iluminación y ventilación, donde se evidencio que alguna áreas la iluminación es deficiente.

Medidas de prevención y control para intervenir los peligros/riesgos (15%)

Núm.	Ítem	CALIFICACIÓN		Evidencias/Observaciones
		C	NC	
4.2.1	Medidas de prevención y control frente a peligros/riesgos identificados	2.5		El IDCM aplica los controles identificados y valorados en la matriz CÓDIGO: GTH-SGST-F-02 Identificación de peligros y evaluación y valoración de riesgos y determinación de controles.
4.2.2	Aplicación de medidas de prevención y control por parte de los trabajadores	2.5		El Instituto realiza seguimientos periódicos para evidenciar la implementación por parte de sus funcionarios y colaboradores de las medidas impartidas frente a la aplicación de las medidas de prevención y control de los peligros/riesgos.
4.2.3	Procedimientos e instructivos internos de seguridad y salud en el trabajo	2.5		Se evidencio la existencia de Procedimientos e instructivos internos de seguridad y salud en el trabajo. Algunos de los documentos mostrados no contenían la fecha de aprobación así como la firma del representante legal del instituto.
4.2.5	Mantenimiento periódico de las instalaciones, equipos, máquinas y herramientas	2.5		Se evidencio en el presupuesto la existencia del rubro 2.1.2.02.02.007 par mantenimiento.
4.2.6	Entrega de los elementos de protección personal – EPP y capacitación en uso adecuado.		0	No se evidencio registro de entrega de elementos de protección personal a aquellos funcionarios que por sus labores requieran de estos.

GESTIÓN DE AMENAZAS (10%)
Plan de prevención, preparación y respuestas ante emergencias (10%)

Núm.	Ítem	CALIFICACIÓN		Evidencias/Observaciones
		C	NC	
5.1.1	Plan de prevención, preparación y respuesta ante emergencias	5		
5.1.2	Brigada de prevención, preparación y respuesta ante emergencias	5		

III. VERIFICAR
VERIFICACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (5%)
Gestión y resultados del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (5%).

Núm.	Ítem	CALIFICACIÓN		Evidencias/Observaciones
		C	NC	
6.1.1	Definición de indicadores del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.	1.25		El IDCM tiene documentado sus indicadores en la matriz Código: GTH-SGST-DI-01 INDICADORES DEL SG-SST, versión 1.
6.1.2	Auditoría anual.	1.25		Se realiza seguimiento cuantitativo a los indicadores para la elaboración del Plan de Trabajo de la siguiente vigencia, no se documenta informe de seguimiento.
6.1.3	Revisión por la alta dirección. Alcance de la auditoría del Sistema de Gestión de SST		0	Los líderes no presentan informes periódicos a la alta dirección en referencia al comportamiento del Sistema de Gestión Salud y Seguridad
6.1.4	Planificación de la auditoría con el COPASST		0	Mediante Circular informativa N° 9 del 7 de julio del 2021 se realizó convocatoria al personal del IDCM para la conformación del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo. No evidencio resolución o acto administrativo de conformación del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo ni el acta de constitución del mismo. Lo anterior no es impedimento para que desde la Subdirección General desarrollen reuniones para revisar las acciones de mejora continua del SG-SST. Se evidencio que uno de los integrantes no es funcionario del instituto.

IV. ACTUAR
MEJORAMIENTO (10%)
Acciones preventivas y correctivas con base en los resultados del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. (10%)

Núm.	Ítem	CALIFICACIÓN		Evidencias/Observaciones
		C	NC	
7.1.1	Acciones preventivas y/o correctivas		0	El IDCM implemento el documento: PLAN DE MEJORAMIENTO RELACIONADO CON "AUTOEVALUACIÓN DE LOS ESTÁNDARES MÍNIMOS SG-SST", establecido en el artículo 29 de resolución 0312 de 2019. No cuenta aprobado.
7.1.2	Acciones de mejora conforme a revisión de la Alta Dirección		0	No se reportan informes de avances a la alta dirección sobre el sistema.
7.1.3	Acciones de mejora con base en investigaciones de accidentes de trabajo y enfermedades laborales	2.5		El instituto toma los correctivos de mejoramiento necesarios con base a los resultados de las investigaciones de los accidentes de trabajo y la determinación de sus causas básicas e inmediatas, así como de las enfermedades laborales.
7.1.4	Plan de mejoramiento		0	

Durante el proceso de auditoria se evidencio que los siguientes numerales de la resolución 312 del 2019 no se aplican al Instituto Departamental de Cultura del Meta.

Numeral	
---------	--

Ítem	
------	--

	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	CÓDIGO: ES-F-08	VERSIÓN: 02	FECHA: 02-05-2019	PÁGINA: 19 DE 30

1.1.5	Identificación de trabajadores que se dediquen en forma permanente a actividades de alto riesgo y cotización de pensión especial.
4.1.3	Identificación de sustancias catalogadas como carcinógenas o con toxicidad aguda.
4.2.4	Inspecciones a instalaciones, maquinaria o equipos.

HALLAZGOS

- No se cumple el numeral 1.1.2 de la resolución 312 de 2019: La persona delegada por el IDCM se encuentra contratada mediante contrato de prestación de servicios 318 del 27 de junio del 2023, al revisar las obligaciones específicas se evidencio que no se encuentran incluidas en este las funciones pertinentes al sostenimiento del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el trabajo, lo anterior indica que no existe una persona al interior del instituto en cargada del SG-SST mediante cualquier modalidad de contratación a responsable de este sistema.

OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL FORTALECIMIENTO BIBLIOGRÁFICO DEL PATRIMONIO CULTURAL EN EL MARCO DE LAS COMPETENCIAS DEL CENTRO DE PATRIMONIO CULTURAL DEL META
---------------	--

	CONTRATO			
	CÓDIGO: GJ-CO-F-21	VERSIÓN: 01	FECHA: JUNIO DE 2019	PÁGINA: 3 DE 6

derecho civil, la Ley 80 de 1993, la Ley 1150 de 2007, el Decreto 1082 de 2015, y en especial por las siguientes cláusulas: **CLÁUSULA PRIMERA- OBJETO:** PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL FORTALECIMIENTO BIBLIOGRÁFICO DEL PATRIMONIO CULTURAL EN EL MARCO DE LAS COMPETENCIAS DEL CENTRO DE PATRIMONIO CULTURAL DEL META. **CLÁUSULA SEGUNDA- ALCANCE DEL CONTRATO:** El contratista deberá desarrollar las siguientes actividades:

- Apoyar procesos de investigación documental y acopio material bibliográfico, para ser divulgado mediante espacio digital institucional.
- Apoyar la compilación del repositorio legal, documentos jurídicos, técnicos, administrativos, entre otros, relacionados con el sector cultural y patrimonial, con el fin de ser alojados en la página web institucional.
- Apoyar proceso de organización documental de material bibliográfico de contenido patrimonial, para la conformación de la biblioteca física y digital en el marco de las competencias del centro de Patrimonio del Meta.
- Apoyar y estructurar documentación del Sistema de Gestión de Calidad, de los procesos de patrimonio gestionados desde el centro de Patrimonio del Meta.

En constancia de aceptación se firma en el municipio de San Martín, el día 27 JUN 2023


LILIAN CAMILA ARISMENDY MENDEZ
 DIRECTORA


MARISNEY JULIETH VALLE LO
 C.C. 1.121.932.656 de Villavieja
 CONTRATISTA

Elaboró: Jacobso Blanco CPS 225-2222	Revisó: María Fernanda Gallo Melo Profesional Agudo Dirección CPS 002-2023	Revisó jurídicamente: Viviana Alejandra Usuga Ruiz Asesor Jurídico CPS 222-2023
Firma: 	Firma: 	Firma: 

- No se cumple el numeral 1.1.6, de la resolución 312 de 2019: No evidencio resolución u otro acto administrativo de conformación del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo, ni acta de reunión de la Alta Dirección donde se constituya el mismo. Lo anterior no ha sido impedimento para que desde la Subdirección General desarrollen reuniones para revisar las acciones de mejora continua del SG-SST.

	FORMATO DE ACTA			
	CÓDIGO: DE-SPG-F-83	VERSIÓN: 01	FECHA: MAYO DE 2019	PÁGINA: 1 DE 3

ACTA No. 1	
FECHA DE REUNIÓN:	19/01/2023
LUGAR DE REUNIÓN:	Sede-Satellit Instituto Departamental de Cultura del Meta
HORA DE INICIO:	10:30 A.M.
HORA FINAL:	12:00 P.M.
CONVOCA:	Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo
DEPENDENCIA:	SUBDIRECCIÓN GENERAL
OBJETIVO DE LA REUNIÓN Y/O TEMAS A TRATAR:	
<ol style="list-style-type: none"> Verificación del Quórum Presentación plan de trabajo SST 2023 Presentación programa de capacitación, entrenamiento y toma de conciencia 2023 Presentación programas SST 2023 Presentación PRESUPUESTO SST 2023 Aprobación de acta 	

SEGUIMIENTO A ACCIONES DE MEJORA Y/O COMPROMISOS DEL ACTA ANTERIOR						
No.	COMPROMISO Y/O ACCIÓN DE MEJORA	AVANCE DEL COMPROMISO	LÍNEAS DE EVIDENCIA			EVIDENCIA DEL CUMPLIMIENTO
			EMPLEADO	EFECTIVO	EFECTIVA	
1	Presentación de programas para el desarrollo del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo 2023.	Se verificó los temas a tratar en esta acta y se cumple con el compromiso pactado en el acta anterior	x	x	x	Acta presente

EFICAZ: Cumplimiento del compromiso. EFICIENTE: Uso racional de recursos (Tiempo, Dinero y Personal)

	FORMATO DE ACTA			
	CÓDIGO: DE-SPG-F-83	VERSIÓN: 01	FECHA: MAYO DE 2019	PÁGINA: 3 DE 3

COMPROMISO Y/O ACCIÓN DE MEJORA DE LA REUNIÓN: (La acción de mejora es un compromiso que fortalece las actividades del proceso, respecto a requisitos de los clientes y entes de control)

No.	COMPROMISO Y/O ACCIÓN DE MEJORA	JUSTIFICACIÓN DEL COMPROMISO	RESPONSABLE	FECHA DE EJECUCIÓN
1	Estadística de accidentalidad y actividades SST	Verificación de actividades SST	SST	15/02/2023

INTEGRANTES DE LA REUNIÓN				
NOMBRES / APELLIDOS	CEDULA	INSTITUCIÓN / CARGO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
ANDERSON ARENAS FUERTADO	86.081.292	Asesor - Código 105 Grado 01	asesormusical@cultura.gov.co	
INGRID YISSETH TORRES	1.121.863.894	Secretario - Código 440 - Grado 07	secretadm@cultura.gov.co	
NINO ARBEY CASTAÑEDA ROMERO	17.369.688	Auxiliar - Servicios Generales - Código 470 - Grado 03	grcaro88@hotmail.com	
MARIA ISABEL PABON ARIZA	1.121.891.473	Secretario - Código 440 - Grado 07	contacto@culturamta.gov.co	

- No se cumple el numeral 1.1.7 de la resolución 312 de 2019: Se evidencio capacitación por parte de la ARL positiva, no se levantó listados de asistencia.

COPIA CONTROLADA

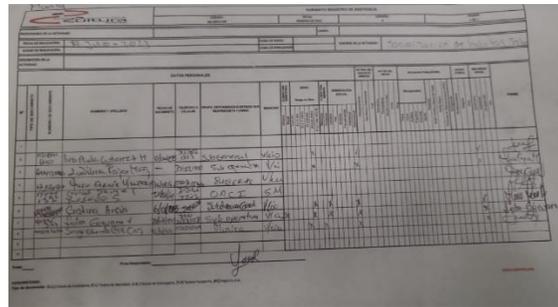
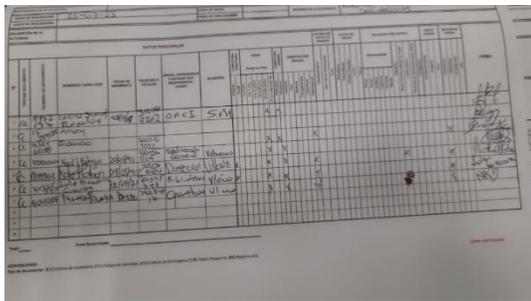


4. No se cumple el numeral 1.1.8 de la resolución 312 de 2019: No evidencio resolución u otro acto administrativo de conformación del Comité Convivencia Laboral, ni el acta de constitución del mismo.
5. No se cumple el numeral 1.2.1 de la resolución 312 de 2019: Se evidencia poca adherencia por parte del personal Programa de capacitación anua.

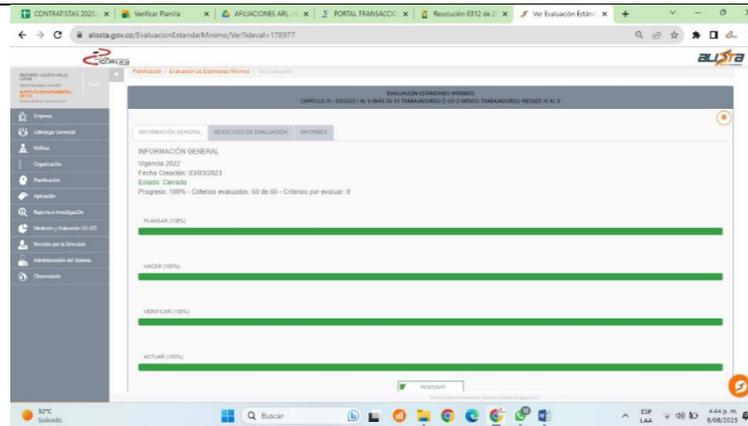
Compartido conmigo > Auditoria 2023 > 9) Programa de capacita... ▾

Tipo ▾ Personas ▾ Modificado ▾

Nombre	Propietario	Última modificación	Tamaño de a
GTH-SGST-PR-06 PROGRAMA DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO - 2023.xlsx	SG-SST@culturameta.go...	8 ago 2023 SG-SST@cultur...	172 kB
GTH-SGST-PR-06 PROGRAMA DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO - 2022.xlsx	SG-SST@culturameta.go...	8 ago 2023 SG-SST@cultur...	64 kB
Evidencias.docx	SG-SST@culturameta.go...	8 ago 2023 SG-SST@cultur...	12 kB



6. No se cumple el numeral 2.3.1 de la resolución 312 de 2019: No se evidencio seguimiento matriz legal, matriz de peligros y evaluación de riesgos, seguimiento a los controles, entre otros.
7. No se cumple el numeral 2.4.1 de la resolución 312 de 2019: No se evidencio seguimiento al plan de trabajo reportado a la ARL POSITIVA, capacitaciones, indicadores, entre otros



8. No se cumple el numeral 3.4.3 de la resolución 312 de 2019: Desde el 2019 no se realizan los exámenes periódicos de salud ocupacional.
9. No se cumple el numeral 4.2.3 de la resolución 312 de 2019: Algunos de los documentos mostrados no contenían la fecha de aprobación así como la firma del representante legal del instituto.
10. Se encontraron medicamentos vencidos dentro de los botiquines de las dos (2) sedes del IDCM (se encontraron medicamentos con año de vencimiento 2020).



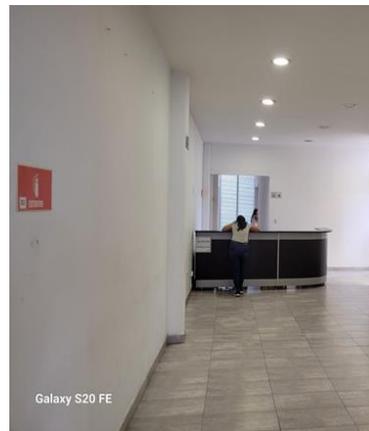
11. Salida de emergencia del segundo piso que conduce al punto de encuentro con puertas bloqueadas.



12. La recarga de todos los extintores que conforman la red contraincendios del instituto se encuentra vencida



13. Puntos contraincendios de la red contra del instituto sin extintores.



14. Galería teatro La Vorágine sin puntos contraincendios ni extintores.



15. Salida VIP del teatro no indica la salida de emergencia para encontrar el punto de encuentro.

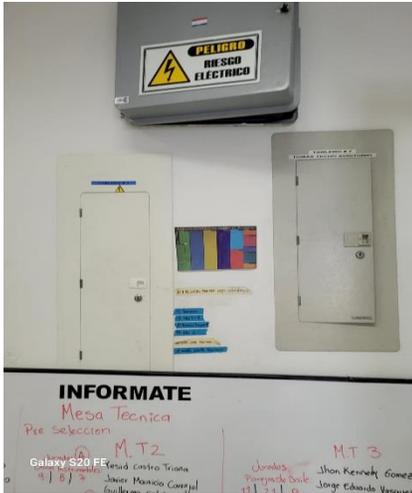


16. Puntos contraincendios obstruidos lo cual complica acceder a los elemento de emergencia en caso de requerir.

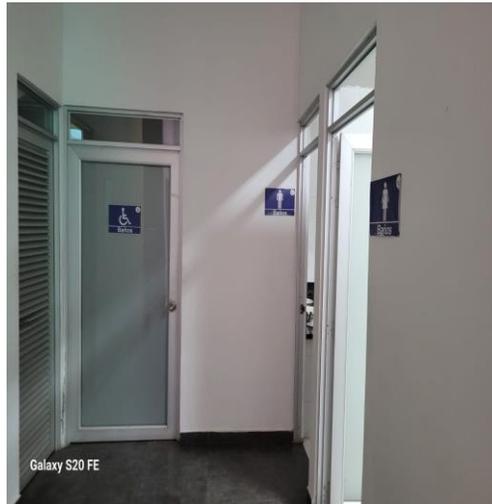


OBSERVACIONES

1. Asegurar el cumplimiento de las medidas de prevención y control gestión del riesgo eléctrico y de las actividades de prevención, preparación y respuesta a emergencias, establecidas en los Artículos 2.2.4.6.24 numeral 3 y 2.2.4.6.25 (numeral 2 12) del Decreto 1072/2015 y el numeral 6.4 de la NTC 2885 de 2009, con el fin de disponer de un extintor en el donde reposan los servidores.



2. A la fecha no se ha realizado la primera revisión por la Alta Dirección, cuando se requiere hablar del SG-SST solo interviene la representante legal del instituto y el líder del sistema, lo cual no es consecuente con la definición de niveles de responsabilidades del MIPG.
3. La revisión por la dirección se debe realizar en cada anualidad tal como lo establece el decreto 1072 de 2015, al solicitar los informe presentado por el responsable del sistema este no los presento, lo cual contraviene lo dispuesto por la norma.
4. En la sede satélite de Villavicencio "La Vorágine" no dispone de baños para personas con discapacidad para funcionarios, los existentes no tiene las ayudas que facilite el uso por parte de ellos, los baños existentes se encuentra en el Hall del teatro el cual solo está en uso cuando se realiza algún evento.



5. Las funcionarias del instituto disponen de una sola unidad sanitaria, existe otra unidad sanitaria la cual hace parte del teatro pero esta permanece con seguro.



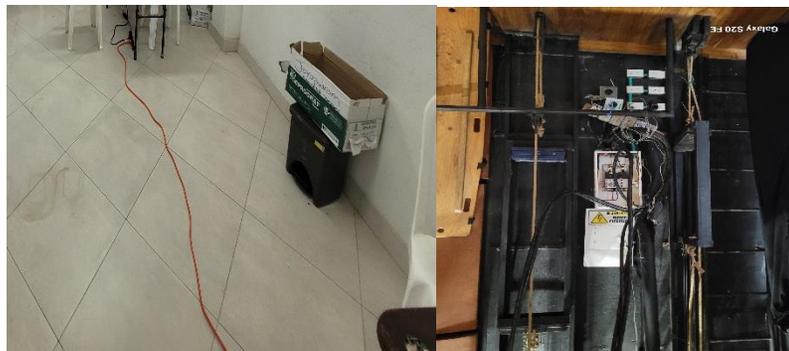
6. No se evidencia un documento que dé cuenta de la responsabilidad de IPS en la custodia de las historias clínicas de los trabajadores. Lo anterior contraviene el artículo 16 de la Resolución 0312 de 2019 "(...) Tener la custodia de las historias clínicas a cargo de una institución prestadora de servicios en SST o del médico que practica las evaluaciones médicas ocupacionales. (...)"
7. No se evidenció documento consolidado con la información sociodemográfica y el diagnóstico de las condiciones de salud para el año 2023 lo cual constituye incumplimiento a lo previsto en el artículo 16 de la Resolución 0312 de 2019: "(...) *Recolectar la siguientes información actualizada de todos los trabajadores del último año: la descripción socio demográfica de los trabajadores (edad, sexo, escolaridad, estado civil) y el diagnóstico de condiciones de salud que incluya la caracterización de sus condiciones de salud, la evaluación y análisis de las estadísticas sobre la salud de los*

trabajadores tanto de origen laboral como común y los resultados de las evaluaciones médicas ocupacionales.(...)”

8. Según el Decreto 1072 de 2015, Artículo 2.2.4.6.2, la rendición de cuentas se define como: *“Mecanismo por medio del cual las personas e instituciones informan sobre su desempeño”.*

No se evidenció documento de Rendición de Cuentas del año 2022, lo cual genera un incumplimiento de lo consagrado en el numeral 3 del Artículo 2.2.4.6.8. Del Decreto 1072 de 2015: *“(…) Obligaciones de los empleadores. El empleador está obligado a la protección de la seguridad y la salud de los trabajadores, acorde con lo establecido en la normatividad vigente. Dentro del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) en la empresa, el empleador tendrá entre otras, las siguientes obligaciones: (...) 3. Rendición de cuentas al interior de la empresa: A quienes se les hayan delegado responsabilidades en el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG SST), tienen la obligación de rendir cuentas internamente en relación con su desempeño. Esta rendición de cuentas se podrá hacer a través de medios escritos, electrónicos, verbales o los que sean considerados por los responsables. La rendición se hará como mínimo anualmente y deberá quedar documentada (...)*” (subrayado fuera del texto). Se incumple de igual forma con la Resolución 0312 de 2019 en el capítulo III Artículo 16 que establece: *“(…) Realizar anualmente la rendición de Cuentas del desarrollo del Sistema de Gestión de SST, que incluya a todos los niveles de la empresa (...)*”.

9. Durante las visitas adelantadas los días 11, 14 y 15 de agosto de 2023 a la sede satélite “La Vorágine” se evidenciaron condiciones inseguras de diferente tipos





10. No se realiza la **Medición de los objetivos de SST**, Lo anterior contraviene lo dispuesto en el Artículo 16 de la Resolución 0312 de 2019: “(...) *Definir los objetivos del Sistema de Gestión de SST de conformidad con la política de SST, los cuales deben ser claros, medibles, cuantificables y tener metas, coherentes con el plan de trabajo anual. (...)*”

Solicitud levantamiento de Hallazgos.

Se coordinó con la persona delegada para tender la auditoria del SG-SST, la revisión del informe preliminar de auditoria para el día 01 de septiembre de 2023. En dicha revisión la delegada del instituto solicito el levantamiento de los siguientes hallazgos.

- **Solicitud para levantar Hallazgo 2:** No se cumple el numeral 1.1.6, de la resolución 312 de 2019: No evidencio resolución u otro acto administrativo de conformación del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo, ni acta de reunión de la Alta Dirección donde se constituya el mismo. Lo anterior no ha sido impedimento para que desde la Subdirección General desarrollen reuniones para revisar las acciones de mejora continua del SG-SST.

	INFORME FINAL DE AUDITORIA		
	CÓDIGO: ES-F-08	VERSIÓN: 02	FECHA: 02-05-2019

Motivo de solicitud: La delegada socializa a la oficina de Control Interno el acta #1 del 19 de enero del 2023, donde se evidencia la conformación del dicho comité como lo solicita la resolución.

No aceptada: No se acepta objeción debido a que, posterior e esta acta no se encontró otra que actualice el comité. Esta actualización se debió hacer ya que el Sr. Anderson Arenas Hurtado laboro para el instituto hasta el día 31 de enero del 20233.

- **Solicitud para levantar Hallazgo 3:** No se cumple el numeral 1.1.7 de la resolución 312 de 2019: Se evidencio capacitación por parte de la ARL positiva, no se levantó listados de asistencia.

Motivo de solicitud: La delegada socializa a la oficina de Control Interno una actividad realizadas día 26 de septiembre del 2022 al interior del instituto como evidencia de capacitación los integrantes del COPASST.

No hay listado de asistencia.

No aceptada: No se acepta objeción debido a que no se presenta listado de asistencia.

- **Solicitud para levantar Hallazgo 4:** No se cumple el numeral 1.1.8 de la resolución 312 de 2019: No evidencio resolución u otro acto administrativo de conformación del Comité Convivencia Laboral, ni el acta de constitución del mismo.

Motivo de solicitud: La delegada socializa a la oficina de Control Interno el acta #1 del 14 de julio del 2021, donde se evidencia la conformación del dicho comité como lo solicita y en los términos que pide la resolución.

Aceptada: Se acepta objeción debido en el acta #1 del 14 de julio del 2021 se observa la conformación del comité como lo solicita y en los términos que pide la resolución

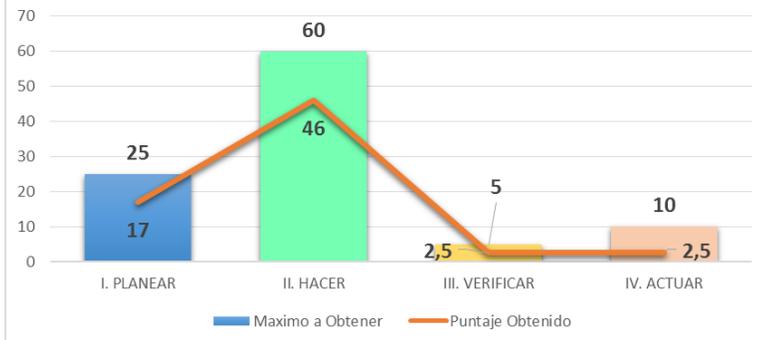
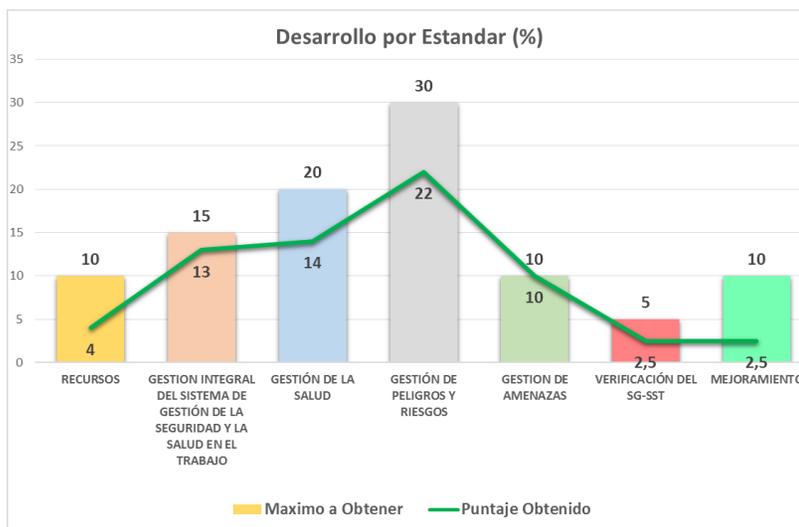
- **Solicitud para levantar Hallazgo 6:** No se cumple el numeral 1.2.1 de la resolución 312 de 2019: Se evidencia poca adherencia por parte del personal Programa de capacitación anua.

Motivo de solicitud: La delegada solicita el levantamiento de este hallazgo mediante la presentación a la oficina de Control Interno el programa de capacitación anual en promoción y prevención

Aceptada: No se acepta objeción debido a que se observa en los listados de asistencia poca adherencia al dicho plan por parte del personal de carrera administrativa y las personas que ocupan cargos de libre nombramiento y remoción, de conformidad con la Ley 909 de 2005 y el Decreto 1083 de 2010. A las actividades ahí programadas.

GRÁFICO POR CICLO

Desarrollo por Ciclo PHVA (%)

Desarrollo por Ciclo PHVA (%)

Desarrollo por Estándar
Desarrollo por Estandar (%)

CONCLUSIONES

Planes de mejora conforme al resultado de la autoevaluación de los Estándares Mínimos. Los empleadores o contratantes con trabajadores dependientes, independientes o contratistas y estudiantes en pasantías o prácticas deben realizar la autoevaluación de los Estándares Mínimos, el cual tendrá un resultado que obligan o no a realizar un plan de mejora, así:

CRITERIO	VALORACIÓN	ACCIÓN
Si el puntaje obtenido es menor al 60%	CRÍTICO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar y tener a disposición de los entes de control un Plan de Mejoramiento de inmediato. 2. Enviar a la respectiva Administradora de Riesgos Laborales a la que se encuentre afiliada el empleador o contratante, un reporte de avances en el término máximo de tres (3) meses después de realizada la autoevaluación de estándares Mínimos. 3. Seguimiento anual y plan de visita a la empresa con valoración crítica, por parte del Ministerio del trabajo.

	INFORME FINAL DE AUDITORIA		
	CÓDIGO: ES-F-08	VERSIÓN: 02	FECHA: 02-05-2019

Si el puntaje obtenido está entre el 60 y 85%	MODERADAMENTE ACEPTABLE	<ol style="list-style-type: none"> Realizar y tener a disposición de los entes de control un Plan de Mejoramiento. Enviar a la Administradora de Riesgos Laborales un reporte de avances en el término máximo de seis (6) meses después de realizada la autoevaluación de Estándares Mínimos. Plan de visita por parte del Ministerio del trabajo.
Si el puntaje obtenido es mayor a 85%	ACEPTABLE	<ol style="list-style-type: none"> Mantener la calificación y evidencias a disposición del Ministerio del Trabajo, e incluir en el Plan de Anual de Trabajo las mejoras que se establezcan de acuerdo con la evaluación.

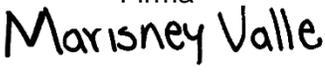
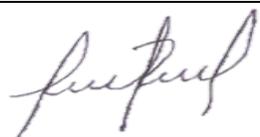
Una vez verificado el nivel de avance en el diseño, ejecución, sostenibilidad y mejora del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo del Instituto Departamental de Cultura del Meta, se concluye, de la tabla anterior, que éste se mantiene en un nivel de avance "**Moderadamente Aceptable**", de acuerdo con los criterios de valoración establecidos en la resolución 312 de 2019.

EL NIVEL DE SU EVALUACIÓN ES:	68	MODERADAMENTE ACEPTABLE
--------------------------------------	-----------	--------------------------------

ASPECTOS CONCERTADOS EN LA SOCIALIZACION DEL INFORME PRELIMINAR

En lo posible subsanar en un plazo no mayor a 45 días las observaciones.

Se concede 3 días más de plazo al establecido en el **PROCEDIMIENTO FORMULACIÓN Y SEGUIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO POR PROCESOS** Código: **ES-P-04** para la entrega vía correo electrónico controlinterno@culturameta.gov.co del Plan de mejoramiento de las observaciones y hallazgos.

LIDER DEL PROCESO		
Marisney Julieht Valle López	Firma 	Fecha 05 de septiembre de 2023
ASESOR CONTROL INTERNO		
Carlos Samuel Rosado Sarabia ESTRATEGIA DE CERO PAPEL	Firma 	Fecha 05 de septiembre de 2023