



Informe de auditoría

Fecha: 2025-05-29, 16:22

Objetivo de la auditoría :	Evaluar el diseño y efectividad de los controles internos en los procesos y procedimientos de la Corporación.																																
Alcance de la auditoría :	1. Realizar verificación sobre el cumplimiento de los estándares mínimos del Sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo de la Corporación, en atención a lo contenido en el artículo 2.2.4.6.30 del Decreto 1072 de 2015 y Resolución 312 de 2019 del Ministerio de Trabajo, políticas internas y normatividad vigente con énfasis en la seguridad industrial. 2. Realizar la verificación de las acciones correctivas y oportunidades de mejora formuladas, producto auditoría interna 2024. 3. Verificar el cumplimiento en el Proceso 0520 Gestión del Talento Humano - Sistema de Seguridad en el Trabajo del Procedimiento PT.0520.26 Gestión de seguridad y salud en el trabajo, en armonía con la normatividad legal vigente, durante el periodo del 1 de enero de 2024 al 28 de febrero de 2025. 4. Verificar los riesgos de gestión y corrupción en el Sistema de Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo. 5. Verificar la actualización de la caracterización del proceso, procedimientos, normograma, planes estratégicos, programas, manuales, guías y demás documentación asociada al Sistema de Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo.																																
Criterios de auditoría o parámetros normativos :	· Decreto 1072 de 2015. · Resolución 312 de 2019 del Ministerio de Trabajo. · Procedimiento PT.0520.26 Gestión de seguridad y salud en el trabajo.																																
Metodología :	Entrevistas Listas de verificación Cuestionarios Revisión documental Muestreo Visitas en sitio																																
Desarrollo de la auditoría :	INFORME DE AUDITORÍA AL SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO AÑO 2025 El presente informe pretende validar el grado de cumplimiento del Sistema Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo – SG SST y del Plan Estratégico de Seguridad Vial -PESV, en cumplimiento del Decreto 1072 de 2015 y la Resolución 0312 de 2019, mediante la revisión de la ejecución de la política, el plan de trabajo, el desarrollo de los objetivos, los planes del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo -SG SST y del Plan Estratégico de Seguridad Vial. De acuerdo con la información física y digital, entregada por la coordinación del Grupo de Gestión del Talento Humano, se realizó revisión documental y pruebas de recorrido en las diferentes edificaciones de la Corporación: edificio principal, instalaciones auxiliares, (laboratorio ambiental, almacén general, archivo central e histórico, talleres, bodegas, patios y centro cultural) y las Direcciones Ambientales Regionales, donde se pudo realizar un trabajo de verificación en el sitio, mediante la observación directa y entrevistas a los funcionarios sobre higiene y seguridad industrial, con el fin de identificar aspectos que pudiesen poner en riesgo la seguridad y la salud de quienes trabajan para la Corporación, finalmente se pudo verificar el cumplimiento de 60 estándares establecidos en la Resolución 0312 de 2019, obteniendo el siguiente resultado: ASPECTOS POSITIVOS: Se destaca la disposición y colaboración del equipo auditado, expresada en la entrega de información física y digital, requeridas durante el proceso de auditoría. SITUACIONES DETECTADAS CONTEXTO NORMATIVO Y POLÍTICA INTERNA 1. Cumplimiento de estándares establecidos en la resolución 0312 de 2019. <table><tr><th>CILO PHVA</th><th>ESTANDARES POR CICLO SEGÚN LA NORMA</th><th>CUMPLE</th><th>NO CUMPLE</th></tr><tr><td>Planear</td><td>22</td><td>16</td><td>6</td></tr><tr><td>Hacer</td><td>30</td><td>24</td><td>6</td></tr><tr><td>Verificar</td><td>4</td><td>4</td><td>0</td></tr><tr><td>Actuar</td><td>4</td><td>1</td><td>3</td></tr><tr><td>TOTAL</td><td>60</td><td>45</td><td>15</td></tr></table> <table><tr><th>NUMERAL DEL ESTANDAR</th><th>OBSERVACIÓN</th></tr><tr><td>1.2.1 Programa Capacitación promoción y prevención – PyP.</td><td>Sin evidencia del cumplimiento de revisión del programa de capacitación, promoción y prevención por parte de la Alta Dirección y participación del Comité Paritario – COPASST, como mínimo una vez al año, con el objetivo establecer acciones de mejora. Se pudo observar que, al momento de la auditoría, el Programa de Capacitación y Prevención correspondiente a la vigencia 2025, se encuentra en construcción.</td></tr><tr><td>2.1.1 Política del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST firmada, fechada y comunicada al COPASST</td><td>Sin evidencia de firmas por parte del representante legal en el documento “Política del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo SG SST, para la vigencia 2025. Sin evidencia de comunicación al Comité Paritario COPASST, de la Política para la vigencia 2024.</td></tr></table>			CILO PHVA	ESTANDARES POR CICLO SEGÚN LA NORMA	CUMPLE	NO CUMPLE	Planear	22	16	6	Hacer	30	24	6	Verificar	4	4	0	Actuar	4	1	3	TOTAL	60	45	15	NUMERAL DEL ESTANDAR	OBSERVACIÓN	1.2.1 Programa Capacitación promoción y prevención – PyP.	Sin evidencia del cumplimiento de revisión del programa de capacitación, promoción y prevención por parte de la Alta Dirección y participación del Comité Paritario – COPASST, como mínimo una vez al año, con el objetivo establecer acciones de mejora. Se pudo observar que, al momento de la auditoría, el Programa de Capacitación y Prevención correspondiente a la vigencia 2025, se encuentra en construcción.	2.1.1 Política del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST firmada, fechada y comunicada al COPASST	Sin evidencia de firmas por parte del representante legal en el documento “Política del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo SG SST, para la vigencia 2025. Sin evidencia de comunicación al Comité Paritario COPASST, de la Política para la vigencia 2024.
CILO PHVA	ESTANDARES POR CICLO SEGÚN LA NORMA	CUMPLE	NO CUMPLE																														
Planear	22	16	6																														
Hacer	30	24	6																														
Verificar	4	4	0																														
Actuar	4	1	3																														
TOTAL	60	45	15																														
NUMERAL DEL ESTANDAR	OBSERVACIÓN																																
1.2.1 Programa Capacitación promoción y prevención – PyP.	Sin evidencia del cumplimiento de revisión del programa de capacitación, promoción y prevención por parte de la Alta Dirección y participación del Comité Paritario – COPASST, como mínimo una vez al año, con el objetivo establecer acciones de mejora. Se pudo observar que, al momento de la auditoría, el Programa de Capacitación y Prevención correspondiente a la vigencia 2025, se encuentra en construcción.																																
2.1.1 Política del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST firmada, fechada y comunicada al COPASST	Sin evidencia de firmas por parte del representante legal en el documento “Política del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo SG SST, para la vigencia 2025. Sin evidencia de comunicación al Comité Paritario COPASST, de la Política para la vigencia 2024.																																

2.2.1 Objetivos definidos, claros, medibles, cuantificables, con metas, documentados, revisados del SG-SST	Sin evidencia del documento denominado Objetivos del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo, con los requisitos establecidos en el artículo 2.2.4.6.18. del decreto 1072 de 2015.
2.4.1 Plan que identifica objetivos, metas, responsabilidad, recursos con cronograma y firmado	Sin evidencia de firmas en el documento, Plan Anual de Trabajo para las vigencias 2024 y 2025. Al momento de la auditoria, el Plan Anual de Trabajo para la vigencia 2025, no ha sido terminado.
2.5.1 Archivo o retención documental del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST	Las Tablas de Retención Documental – TRD para el Proceso de Talento Humano, Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo en la Serie -125, se encuentra publicadas sin el respectivo diligenciamiento de la retención, soporte y disposición final. Se identifica la inobservancia de lo estipulado en el Acuerdo 004 del 15 de marzo de 2013, sobre el procedimiento para la elaboración, presentación, evaluación, aprobación e implementación de las Tablas de Retención Documental y las Tablas de Valoración Documental.
2.6.1 Rendición sobre el desempeño	Se evidencia documento con nombre rendición desempeño SG SST 2024 en PDF, donde se indica las acciones programadas y ejecutadas con número de participantes de los programas de SG SST, el cual debe ser ajustado con las recomendaciones de la Alta Dirección, el COPASST, la rendición de cuentas de las empresas subcontratistas y el análisis de los resultados de los programas de acuerdo con las metas e indicadores definidos.
3.1.9 Eliminación adecuada de residuos sólidos, líquidos o gaseosos	Se identificó una inadecuada gestión de los residuos sólidos en las diferentes edificaciones de la Corporación.
4.1.2 Identificación de peligros con participación de todos los niveles de la empresa	Sin evidencias de las matrices de Identificación de peligros y evaluación y valoración de los riesgos de la Dirección Ambiental Regional Pacifico Este e Instalaciones Auxiliares (centro cultural, almacén general, archivo histórico, talleres, bodegas, archivo central e histórico, patios y bodegas de almacenamiento de material forestal decomisado, talleres y parqueaderos).
4.1.4. Realización mediciones ambientales, químicos, físicos y biológicos.	Sin evidencia estudios de medición ambiental en las vigencias 2024 y 2025 en la Corporación.
4.2.2 Verificación de aplicación de medidas de prevención y control por parte de los trabajadores.	Sin evidencia de mediciones ambientales en el laboratorio ambiental, donde se manejan sustancias químicas que pueden llegar afectar la salud de los funcionarios y colaboradores que los manipulan.
4.2.4 Realización de inspecciones sistemáticas a las instalaciones, maquinaria o equipos con la participación del COPASST	Sin evidencia de la realización de inspección pre operacional para todo el parque automotor de la Corporación; solo las DAR BRUT, Norte y Centro Norte, realizaron esta actividad en algunos meses de la vigencia 2024.
5.1.1 Se cuenta con el Plan de Prevención, Preparación y Respuesta ante emergencias	Sin evidencia de acompañamiento del Comité Paritario, en las visitas e inspecciones realizadas a las diferentes áreas por parte de Seguridad y Salud en el Trabajo. Se evidencia la utilización de un formato el cual no se encuentra normalizado en los Procesos de Gestión de calidad. Sin evidencia del Plan de prevención, preparación y respuesta a emergencias para DAR Norte, DAR Pacifico Este e instalaciones auxiliares; de esta última se excluye el Laboratorio Ambiental. Se evidencia Plan de prevención, preparación y respuesta a emergencias para las Direcciones Ambientales Regionales Centro Norte, Suroriente, BRUT, Centro Sur, Pacifico Oeste, Edificio principal Torre A y Torre B. Se evidencia realización de simulacros en edificio principal el día 2 de octubre de 2024. Sin evidencia de planos de instalaciones que identifiquen áreas y salidas de emergencia, en las edificaciones de la Corporación.
7.1.1 Definición de acciones preventivas y correctivas con base en resultados del SG-SST	Sin evidencias
7.1.2 Acciones de mejora conforme a revisión de la alta dirección	Sin evidencias
7.1.4 Elaboración Plan de Mejoramiento e implementación de medidas y acciones correctivas solicitadas por autoridades y ARL	Sin evidencias

2. Cumplimiento de lo establecido en el artículo 32 de la Resolución 0312 de 2019 y Resolución 40595 de 2022 - Plan Estratégico de Seguridad Vial – PESV.

Se pudo evidenciar que la Corporación cuenta con un Plan Estratégico de Seguridad Vial (PESV) 2022- 2024, el cual se encuentra desactualizado para la vigencia 2025.

Se ha identificado una inobservancia en la periodicidad del mantenimiento preventivo y correctivo de los vehículos automotores utilizados para el desplazamiento de los funcionarios y colaboradores de la Corporación, debido a que cada año, se debe surtir la etapa contractual para este servicio.

La Contratación para el mantenimiento (correctivo) del parque automotor asignado a de las diferentes áreas que se encuentran en el edificio principal, DAR Suroccidente y DAR Pacifico Este, incluido el parque automotor de manejo de recursos físicos, en la vigencia 2024, COT 537 DE 2024, inició el 26 de junio de 2024, cuyo objeto fue el *"MANTENIMIENTO CORRECTIVO PARA LOS VEHÍCULOS (CARROS, MONTACARGA Y LANCHAS) ASIGNADOS A LAS OFICINAS DE LA DIRECCIÓN GENERAL, SECRETARÍA GENERAL, DIRECCIONES DE ÁREAS Y LAS DIRECCIONES REGIONALES SUROCCIDENTE, PACÍFICO ESTE"*, este contrato no incluye el barco escuela de la Dirección Ambiental Regional Suroccidente. De esta misma forma se observó que el mantenimiento preventivo se realizó mediante contrato COT 650 de 2024, con acta de inicio del 5 de septiembre de 2024, cuyo objeto fue *"REALIZAR EL MANTENIMIENTO BÁSICO PERIÓDICO A LOS VEHÍCULOS PERTENECIENTES A LA CORPORACIÓN Y ASIGNADOS A LA DIRECCIÓN GENERAL, SECRETARÍA GENERAL, DIRECCIÓN DE GESTIÓN AMBIENTAL, DIRECCIÓN TÉCNICA AMBIENTAL, DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN, DIRECCIÓN FINANCIERA, DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y DEL TALENTO HUMANO, DAR SUROCCIDENTE, DAR PACÍFICO ESTE"*, este contrato no incluye las embarcaciones (lancha y barco escuela) de la Dirección Ambiental Regional Suroccidente.

Los primeros contratos en iniciar el mantenimiento preventivo para el parque automotor, en la vigencia 2025 en la Corporación, fue la DAR BRUT, mediante los contratos COT382 de 2025, con inicio el 7 de marzo de 2025, cuyo objeto es *"MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO PARA LAS MOTOCICLETAS DE PROPIEDAD DE LA CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DEL VALLE DEL CAUCA C.V.C Y ASIGNADAS A LA DIRECCIÓN AMBIENTAL REGIONAL BRUT"* y COT 455 de 2025, con inicio el 12 de marzo de 2025, cuyo objeto es el *"MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE LOS VEHÍCULOS (CARROS) PERTENECIENTES A LA CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DEL VALLE DEL CAUCA-CVC- Y ASIGNADOS A LA DIRECCIÓN AMBIENTAL REGIONAL BRUT"*

La contratación de mantenimiento preventivo y correctivo, en la vigencia 2025, para las dependencias ubicadas en el edificio principal, DAR Suroccidente y DAR Pacifico Este, se tiene para firmas del contrato, el 16 de mayo (Selección Abreviada de Menor Cuantía) y 16 de junio de 2025 (Licitación Pública) respectivamente.

Se evidencia falta de articulación del Plan Estratégico de Seguridad Vial - PESV con El Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo - SG SST. El mantenimiento, manejo y control del parque automotor de las áreas ubicadas en el Edificio Principal, Dirección Ambiental Suroccidente y Dirección Ambiental Pacifico Este, se encuentra a responsabilidad del Grupo de Recursos físicos, las otras DAR, realizan su propia contratación para el mantenimiento de vehículos, motos y embarcaciones.

3. Cumplimiento del Procedimiento Interno PT.0520.26: Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

La Corporación adoptó el procedimiento interno PT.0520.26: Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo con el objetivo de "Prevenir y controlar los riesgos existentes en materia de Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo – SG SST, con el fin de evitar los accidentes de trabajo y enfermedades laborales asociados a la tarea, garantizando el cumplimiento legal de la normativa en esta materia".

De acuerdo con lo definido en el alcance, el Grupo de Talento Humano tiene la responsabilidad de llevar a cabo, las actividades propias del sistema, las cuales comienzan con la formulación de la Política y Objetivos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, terminando con la Rendición de Cuentas del Sistema de Gestión. En este contexto, el procedimiento ha asignado responsabilidades a diferentes funcionarios del Grupo de Talento Humano, con el fin de garantizar la implementación y funcionamiento del sistema. Sin embargo, durante la auditoría, no se encontraron los registros de salida correspondientes, que evidencien el cumplimiento del procedimiento interno establecido por la Corporación.

En la revisión efectuada por el equipo auditor, no fue posible evidenciar la revisión y actualización de las políticas y objetivos de SST y de Seguridad Vial PESV, matriz de identificación de peligros y valoración de los riesgos de la Dirección Ambiental Regional Pacifico Este e Instalaciones Auxiliares, actualización de la matriz legal de seguridad

vial, actualización documental del Sistema, actas o listados de asistencia a capacitación específica para conductores, plan de emergencias y plan de evacuación para cada una de las sedes de la Corporación, registro de seguimiento a actividades de construcción, reparación, modificación y mantenimiento a la estructura física de los diferentes edificios de la Corporación, resolución de actualización del reglamento de higiene y seguridad industrial y memorando e informe de rendición de cuentas del sistema entre otros.

Lo anterior se traduce en incumplimiento de las Actividades 1, 2, 3, 5, 11, 18, 20, 24 y 25 del Procedimiento PT.0520.26 Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, el cual incluye el Plan Estratégico de Seguridad Vial para la Corporación.

4. PRUEBAS DE RECORRIDO

Con el objetivo de verificar la higiene y seguridad industrial del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG- SST; el equipo auditor, realizó recorridos en las diferentes áreas del edificio principal, instalaciones auxiliares, laboratorio ambiental, almacén y las Direcciones Ambientales Regionales donde se pudo evidenciar lo siguiente:

4.1 EDIFICIO PRINCIPAL: 7/04/2025

Aspectos Positivos:

- Se observa oficinas e instalaciones limpias, organizadas, igualmente, las áreas comunes.
- Los baños se ven limpios, aseados y señalizados.
- La terraza está muy bien organizada y limpia.
- Escaleras amplias, limpias, en buenas condiciones y fácil acceso.
- Cada piso cuenta con su respectivo botiquín, de manejo, control y custodia de la enfermería. No se evidenciaron medicamentos vencidos.
- Los extinguidores están recargados (fecha de vencimiento: marzo de 2026), demarcados y ubicados en cada piso.
- Los ascensores se encuentran en buen estado y funcionando, con su panel de control completo, y funcionando. No hay reportes de averías o novedades respecto a su funcionamiento. Mediante contrato COT 480 DE 2025, del 31 de marzo de 2025, se da inicio al Mantenimiento preventivo y correctivo a los dos (2) ascensores marca Mitsubishi ubicados en el edificio principal de la CVC, en la ciudad de Cali.
- Se cuenta 10 botiquines distribuidos por dos diferentes pisos y áreas del edificio principal, debidamente señalizados, dotados y con elementos actualizados.
- Se cuenta con 5 camillas ubicadas en los diferentes pisos del edificio, incluido el sótano del ala A.
- Se observan 2 sillas de ruedas para discapacitados y casos de emergencias.
- Desfibrilador para casos de reanimación o accidentes cerebro vasculares
- Se tienen establecidos, dos puntos de encuentro de conocimiento de los funcionarios.
- Rampas de acceso para discapacitados.
- Rutas de evacuación del edificio debidamente demarcadas.
- Iluminación solar y eléctrica adecuada.
- Las oficinas cuentan con Aire acondicionado. En algunas áreas, el funcionamiento de los aires causa ruido molesto, como en la Oficina de Control Interno, Dirección de Gestión Ambiental y Oficina Asesora Jurídica.
- Se cuenta con una brigada para emergencias, debidamente capacitada.
- Se evidencia parqueaderos debidamente demarcados.
- Se cuenta con un buen suministro de energía, agua potable y recolección de los residuos domésticos.

Aspectos Negativos:

1. Riesgo de caída a nivel por cajas que obstaculizan el transito o circulación de funcionarios y contratistas. El archivo de gestión no cuenta con un espacio adecuado para su custodia temporal mientras se realiza la transferencia correspondiente al archivo central (Oficinas de la Dirección Técnica Ambiental).
2. Se evidenció desorden en la ubicación de las cajas en el archivo de gestión, situación observada en las oficinas de la Dirección Técnica Ambiental (DTA).
3. Presencia de humedad y daños en las paredes, lo que genera un ambiente propenso a alergias que afecta la salud de los funcionarios que laboran en las oficinas de la Dirección Técnica Ambiental (DTA).
4. Desnivel en las gradas de acceso al cuarto piso (terrazza – Dirección General), zona de evacuación, sin advertencia o señalización, el cual representa un riesgo de caída al ingresar desde la terraza.
5. Las paredes, techos y cielo falso del cuarto piso torre "A" presentan un alto grado de deterioro, con humedad y daños visibles, tanto en las superficies como en algunos tramos del piso por donde circula el personal.
6. Se identifica un alto riesgo de caída o tropiezo, debido a un protector de juntas en el piso del corredor de tránsito, utilizado frecuentemente por el personal de la Dirección Técnica Ambiental.
7. En la torre "A" del edificio principal, específicamente en la terraza del tercer y cuarto piso, se evidencia espacio de taller y bodega que se encuentran llenas de basura, escombros, chatarra, papel, cables, cajas, puertas de madera, residuos de poliestireno (icopor), tubos y restos de aires acondicionados.
8. Orinal ubicado en el primer piso del baño de hombres, torre A, se encuentra sin servicio.
9. Fuga de agua en pasaje aledaño a los baños de hombres de los pisos 1, 2 y 3, torre B.
10. La ruta de evacuación de la torre "B" del edificio principal, en la zona de recepción, presenta un obstáculo en caso de emergencia, dado que por un lado se ubica un trinquete y por otro lado hay una péndula de acero y un muro que no permite la salida de forma rápida hacia el punto de encuentro.
11. Daños en la fachada del edificio principal, ala B, por la portería de ingreso al parqueadero.
12. No se cuenta con un sistema de alarma para casos de emergencias.
13. No se observa directorio de emergencias ubicado en lugar visible y a la mano.
14. Se debe realizar una socialización constante del plan de emergencias.
15. No evidencia formato de control para el consumo de estos elementos del Botiquín.
16. La desinfección, control de plagas y desratización no se realiza con la frecuencia debida. En la vigencia 2024, mediante COT 805, cuyo objeto fue: *Realizar la desinfección de las áreas a través de los ductos de aire acondicionado del Edificio Principal y de las Direcciones Ambientales Regionales Pacífico Este y Oeste; así como realizar la desratización en las diferentes sedes de la Corporación Autónoma Regional del Valle del Cauca y en las instalaciones auxiliares, recreativas y deportivas*; se realizó esta actividad en la Corporación, el contrato inició el 9 de diciembre y terminó el 31 de diciembre, es decir que los meses anteriores a este contrato, no hubo desinfección.

4.2 LABORATORIO AMBIENTAL -7/04/2025

Aspectos positivos:

- Se observa organización y aseo en todas las oficinas, bodegas y baños del laboratorio, buenas condiciones de pisos, puertas, ventanales, paredes, techos, cielo falso, las gradas tienen pasamanos y cintas antideslizantes, buena iluminación natural y artificial, pasillos libres de obstáculos, aire acondicionado, las estanterías son las adecuadas para almacenamiento de los productos químicos.
- Los productos químicos llevan marca que permite su identificación y en casos de ser peligrosos adicionalmente llevan una etiqueta donde se especifica los peligros y precauciones de seguridad.
- Los funcionarios del laboratorio cuentan con lockers suficientes para cambiarse y guardar sus pertenencias.
- Se cuenta con un botiquín y elementos de botiquín actualizados, no evidencia formato de control.
- Se cuenta con señalética en los pasillos que indican las rutas de evacuación y 2 puntos de encuentro para casos de emergencia debidamente socializado con todos los funcionarios del laboratorio.
- Se observan extintores vigentes y recargados a marzo de 2025, con áreas demarcadas, despejadas, visibles y accesibles.
- Se cuenta con una camilla para casos de emergencia.
- Se cuenta con un buen suministro de energía y agua potable y recolección de los residuos domésticos
- Iluminación solar y eléctrica adecuada.

- Las oficinas cuentan con Aire acondicionado.
- Desfibrilador para casos de reanimación o accidentes cerebro vasculares.
- Se cuenta con un sistema de alarma para casos de emergencias.

Aspectos negativos:

1. Riesgo de caída debido a un tubo de acero con toma eléctrico, ubicado en el piso del nivel 1 y una piedra grande que sostiene la puerta de salida al patio.
2. Según información suministrada por la coordinadora del Laboratorio Ambiental, se evidencian 661 Productos químicos vencidos, que permanecen almacenados, sin la respectiva disposición final. Se observan productos vencidos desde el año 2006 hasta el 2024.
3. No se observa directorio de emergencias ubicado en lugar visible y a la mano.
4. El plan de emergencias no es conocido por todos los funcionarios y colaboradores.

4.3 ALMACEN – 7/04/2025

- Se observa oficinas limpias y organizadas, igualmente, en las áreas comunes.
- Las estanterías son las adecuadas para el almacenamiento de materiales, insumos, papelería, llantas entre otros.
- Las bodegas garantizan la custodia de los productos y elementos allí almacenados.
- Se cuenta con una camilla para casos de emergencias.

Aspectos negativos:

1. Goteras, humedad y deterioro del cielo falso en bodegas de almacén, destinadas para almacenamiento de EPP, uniformes y demás elementos a cargo del Seguridad y Salud en el Trabajo.
2. Se debe realizar una socialización constante del plan de emergencias.

4.4 BODEGAS AUXILIARES Y PATIOS -7/04/2025

Aspectos negativos:

1. Se observa que las canaletas de desagüe de aguas lluvias están colmatadas y presentan crecimiento de maleza.
2. Se evidencia desorden y falta de aseo generalizado en el área.
3. Se observan Patios con acumulación de chatarra y escombros.
4. Las bodegas de archivo destinadas a destrucción presentan humedad, goteras y cuentan con alumbrado.
5. En la parte posterior de los patios, en las bodegas auxiliares, se observa una gran cantidad de material forestal decomisado esparcido en un área superior a 300 m², el cual presenta signos de deterioro por el paso del tiempo. Debido a la falta de un manejo adecuado, este material representa un riesgo de incendio, especialmente por las altas temperaturas que se registran en los patios.
6. La bodega donde se encuentra ubicado el Centro de Atención Veterinaria – Hogar de Paso para Fauna Silvestre presenta acumulación de escombros, chatarra, residuos de madera, así como desorden y falta de aseo general.
7. En los patios posteriores se evidenció la presencia de una colonia de gatos habitando entre el material forestal decomisado, junto con varias vasijas destinadas a comida y agua. Se observa que los animales presentan signos de enfermedad y desnutrición, ya que este entorno no es adecuado para su bienestar.
8. Se observa grifo con goteo constante, en los patios de la Dirección Regional Suroccidente - patios de las bodegas auxiliares de esta DAR.
9. La disposición final de los residuos no se realiza conforme a la normativa vigente, especialmente en lo relacionado con su adecuada clasificación.
10. Al lado de la portería de instalaciones auxiliares, se evidenciaron equipos electrónicos en mal estado que no cuentan con una disposición final adecuada, conforme a la normativa para este tipo de residuos.
11. Hueco en la vía de tránsito vehículos y peatones sin señalizar, es un riesgo inminente para quien transite por esta zona.
12. Se evidencia estación de combustible que cumplió la vida útil, sin el cierre de acuerdo a las normas y protocolos establecidos por el Ministerio de Minas y energía.
13. Se observan ventanas deterioradas en el centro cultural de las instalaciones auxiliares, con una ventana sin vidrios, tapada provisionalmente con cartón.
14. En las instalaciones auxiliares, se encuentra un cuarto eléctrico, que no cuenta con señalética de advertencia.
15. Bomba de vacío, sin señalética de identificación y con tubo de acero horizontal en la parte baja que obstaculiza la salida o acceso al lugar y que genera riesgo de caída a nivel del operador de la misma.
16. Toma corriente sin protección y cable suelto, lo que representa un riesgo eléctrico.
17. En el área de eliminación archivística se evidencia el deterioro del piso y el acceso, lo que presenta un riesgo de caída durante el tránsito por esta zona. Además, se observa deficiente iluminación y ventilación, ya que los extractores no funcionan, excepto uno de los instalados.
18. Se debe realizar una socialización constante del plan de emergencias.
19. No se observa directorio de emergencias ubicado en lugar visible y a la mano.
20. Desconocimiento de la existencia de un plan de emergencias.
21. La desinfección, control de plagas y desratización no se realiza con la frecuencia debida.

4.5 DAR NORTE (CARTAGO) – 8/04/2025

Aspectos positivos:

- Se cuenta con señalización apropiada
- Se observa extintores con recarga vigente (Fecha de recarga marzo-2025; Fecha de vencimiento: marzo-2026, con área demarcada, despejada, visible y accesible.
- Se observa orden y aseo general en todas las oficinas, baños, pasillos y escaleras.
- Los baños cuentan con señalización apropiada, iluminación y ventilación adecuada.
- Las gradas tienen pasamanos y cintas antideslizantes.
- Se evidencia un adecuado manejo de residuos en sus respectivos puntos ecológicos (canecas.)
- Se observa orden y aseo en la bodega de productos forestales incautados.
- Se cuenta con camilla para casos de emergencias con área demarcadas, despejadas, visibles y accesibles.
- Se observa buenas condiciones de los pisos, paredes, techos, cielo falso, pasa manos, gradas, red hidráulica y ascensor.
- Buenas condiciones de iluminación natural y artificial.
- Todas las oficinas tienen aire acondicionado.
- Se realiza control de plagas y roedores.
- Se evidencian parqueaderos demarcados para los vehículos y motos de la DAR
- Se cuenta con suministro de Energía eléctrica, agua potable y recolección de residuos domésticos.

Aspectos negativos:

1. Se evidencia que el archivo de la DAR presenta poco espacio de maniobrabilidad de cajas y carpetas y adicionalmente se observa que el pasillo de acceso se encuentra ocupado con archivadores y cajas lo cual representa un obstáculo al evacuar el lugar frente a posibles emergencias.
2. Se evidencia la utilización de algunos baños para almacenamiento de papelería y artículos de oficina, cajas y artículos de aseo entre otros.
3. Se evidencia un peligro de caída al vacío desde barandales de las oficinas de la Corporación por el núcleo central del edificio, dado que las rejas de seguridad son de poca altura.
4. En algunas oficinas se observa desorden con papeles y carpetas sobre archivadores.
5. En la Oficina de Sancionatorio ambiental, se evidencian listones de madera en el pasillo.
6. La oficina del funcionario de arquitesoft presenta un Rak de comunicaciones con ruido agudo e intenso.
7. Se observa desorganización en la bodega de almacenamiento de artículos de educación ambiental.
8. La Bodega de propiedad de la Corporación ubicada en el sótano del edificio, se encuentra lleno de chatarra, basura, llantas, cartón y papeles para disposición final. Inadecuado manejo de residuos sólidos.
9. La administración del edificio donde se encuentran ubicadas las oficinas de la DAR Norte, tiene establecido un punto de encuentro pasando la carrera 4, frente al parque San Francisco, lo cual representa un riesgo de atropellamiento o accidente vial para los funcionarios y colaboradores que salen corriendo del edificio en caso de emergencia.
10. La DAR Norte, no cuenta con centro de atención veterinaria - hogar de paso para la fauna silvestre.
11. El Botiquín no cuenta con un formato de control para el consumo de estos elementos.
12. La oficina de los técnicos operativos de la DAR, presenta afectación por ruido agudo derivado del funcionamiento del centro de cómputo, el cual se encuentra ubicado en el mismo espacio.
13. Los funcionarios deben acogerse al plan de emergencias del edificio, dado que la sede no es de propiedad de la Corporación, el plan de emergencias del edificio no es conocido por todos.
14. No se observa directorio de emergencias ubicado en lugar visible y a la mano.
15. La desinfección, control de plagas y desratización no se realiza con la frecuencia debida.

4.6 DAR PACÍFICO ESTE (DAGUA) – 9/04/2025

Aspectos positivos:

- Se cuenta con señalización apropiada
- Se observan Extintores vigentes, con áreas demarcadas, despejadas, visibles y accesibles
- Se observa orden y aseo general de todas las oficinas y baños.
- Botiquín ben dotado de elementos primarios.
- El manejo de los residuos se realiza en canecas de colores y con separación en la fuente del papel que sale por reciclaje.
- Se tiene establecido un punto de encuentro para casos de emergencias.
- Camilla para casos de emergencias.
- Se cuenta con suministro de Energía eléctrica, agua potable y recolección de residuos domésticos.
- Se realiza control de plagas y roedores.
- Iluminación solar y eléctrica adecuada.
- Las oficinas cuentan con Aire acondicionado

Aspectos negativos:

1. El piso de las oficinas de la DAR presenta fisuras o agrietamientos que atraviesan la edificación.
2. Se observa daños en una de las puertas de acceso al auditorio.
3. El centro de atención veterinaria - hogar de paso para la fauna silvestre no está adecuado en su totalidad (techo pendiente de adecuación) y este espacio es subutilizado para parqueadero de motos.
4. Se evidencia que la subestación eléctrica se viene utilizando para almacenamiento de diferentes tipos de elementos o materiales como impresoras, cajas de cartón, cajas con tóner, materiales de construcción y demás artículos, mencionan que son insumos que hacen parte del apoyo que presta ARQUITESOFT a la Corporación.
5. Se observan muchas cajas de consumibles para impresoras y equipos de cómputo, los cuales están ubicados sobre y por debajo del escritorio del funcionario de arquitesoft, dado que no tiene bodega de almacenamiento, generando desorganización y riesgo de caída a nivel.
6. También se encontró al interior de la Subestación Eléctrica, una pipa de gas refrigerante R-410A, el cual debe almacenarse en áreas frías y ventiladas lejos de fuentes de calor, con alto riesgo asociado en un riesgo aumentado debido a su alto grado de inflamabilidad. Se debe almacenar en un lugar que cumpla con las regulaciones que aseguren que este almacenamiento se realice de manera segura y conforme a la normativa vigente.
7. Junto al material forestal decomisado se observan elementos como canecas, ropa, residuos sólidos, llantas, tarros, cajas, bolsas con reciclaje (papel), herramientas como guadaña entre otros.
8. Se observan residuos de madera o residuos de construcción en descomposición, sin la debida disposición final.
9. El tanque de almacenamiento de agua que suministra el líquido al edificio para consumo de cocina, aseo y baños y demás, carece de mantenimiento o limpieza desde hace 2 años.
10. Se recomienda acondicionar la zona de parqueaderos para proteger el parque automotor de las condiciones climáticas de la zona, que se presentan con cambios frecuentes de temperatura y clima donde está ubicada la DAR.
11. El Botiquín no cuenta con un formato de control para el consumo de estos elementos.
12. Los baños de los hombres carecen de orinales. Se recomienda atender esta necesidad para el bienestar e higiene del personal masculino de la DAR.
13. La edificación fue construida perpendicularmente a la salida y ocultamiento del sol, por tal motivo se genera un exceso de rayos solares, tanto en la mañana como en la tarde, aumentando el calor en las oficinas y archivo central de la DAR.
14. No se cuenta con un sistema de alarma para casos de emergencias.
15. No se observa directorio de emergencias ubicado en lugar visible y a la mano.
16. Desconocimiento de la existencia de un plan de emergencias.
17. No existe confort térmico dentro del archivo de la DAR, dado el exceso de calor producido en la mañana por los rayos del sol, estos rayos afectan de manera directa, tanto al archivo, como al funcionario encargado.
18. La desinfección, control de plagas y desratización no se realiza con la frecuencia debida

4.7 DAR SURORIENTE (PALMIRA) – 10/04/2025

Aspectos positivos:

- Se verificó el esquema de vacunación de los funcionarios o técnicos de campo que realizan actividades de manejo de fauna.
- Se verifica el uso de los Elementos de Protección Personal
- Se evidencia señalización adecuada con la indicación "ruta de evacuación".
- Se observa organización y aseo en todas las oficinas, pasillos, escaleras y baños de la DAR, los cuales además cuentan con una adecuada iluminación y ventilación.
- Buenas condiciones en los pisos, puertas, ventanales, paredes y techos.
- Se observa que los extintores cuentan con recarga vigente (fecha de recarga: marzo de 2025; fecha de vencimiento: marzo de 2026), ubicados en un área demarcada, despejada, visible y de fácil acceso.
- Se observa una gestión adecuada de los residuos, utilizando canecas codificadas por colores para su correcta disposición.
- Camilla para casos de emergencias.
- Se cuenta con suministro de Energía eléctrica, agua potable y recolección de residuos domésticos.
- Se realiza control de plagas y roedores.
- Iluminación solar y eléctrica adecuada.
- Las oficinas cuentan con Aire acondicionado

Aspectos negativos:

1. Las gradas de la UGC-Amaime no cuenta con cinta antideslizante.
2. Aire acondicionado de la UGC – Amaime de presenta fallas en su funcionamiento.
3. Ventanilla única con humedad en el techo.
4. No cuentan con rampas de acceso.
5. La DAR no cuenta con un hogar de paso; en su lugar, los animales son resguardados temporalmente en una bodega que también se utiliza para el almacenamiento de otros elementos.
6. Se observan sillas para funcionarios y colaboradores deterioradas.
7. Almacenamiento de mercancías, cajas y equipos de cómputo en los baños.
8. No se cuenta con un sistema de alarma para casos de emergencias.
9. No se observa directorio de emergencias ubicado en lugar visible y a la mano.
10. Se debe realizar una socialización constante del plan de emergencias.
11. No existe rampa de acceso a las oficinas, tampoco ascensor para acceso a pisos superiores, lo cual limita la movilidad de funcionarios, colaboradores o visitantes.
12. La ubicación del botiquín no es el apropiado, no tiene gabinete para custodia de los elementos, no cuenta con señalización y no cuenta con el formato de control para consumo de estos elementos.
13. La DAR Suroriente, no cuenta con centro de atención veterinaria - hogar de paso para la fauna silvestre.

4.8 DAR PACÍFICO OESTE (BUENAVENTURA) - 21/04/2025

Aspectos positivos:

- Esta DAR cuenta con baños exclusivos para personas con discapacidad en el primer y segundo piso. Se recomienda incluir señalización adecuada, así como mejorar los pasamanos especiales, para atender mejor las necesidades de esta población.
- Cuenta con las salidas de emergencia correspondientes, lo que permite una respuesta rápida ante situaciones de emergencia.
- Gradas amplias con pasamanos.
- Se observa oficinas e instalaciones limpias, organizadas, igualmente, en las áreas comunes.
- Permisos actualizados de la Capitanía de Puerto para las tres lanchas (aparcadas en el muelle del Club Zabaletas)
- Se observa Botiquín con señalización y los insumos actualizados.
- Se evidencia un adecuado manejo de residuos en sus respectivos puntos ecológicos (canecas.)
- Se observa extintores con recarga vigente (Fecha de recarga marzo-2025; Fecha de vencimiento: marzo-2026, ubicados en áreas demarcadas, despejadas, visibles y accesibles.
- Se cuenta con suministro de agua potable, energía eléctrica y servicio de recolección de residuos domésticos.

Aspectos negativos:

1. Se evidencia que el cuarto utilizado como bodega de almacenamiento de productos de aseo y alimentos, se encuentra expuesto a contaminación con excremento de Palomas. En el recorrido se pudo observar la proliferación de esta ave en las instalaciones de la DAR. Se deben realizar las acciones pertinentes para adecuación de la bodega de insumos y alimentos y para acceso de las palomas al edificio.
2. Se observó la utilización de una bodega para almacenar elementos que ya no son usados en la corporación, como impresoras y tener nuevos y usados, cajas, sillas deterioradas entre otros.
3. En el tercer piso se evidenció un cuarto destinado para archivo, sin la debida adecuación, pues no cuenta con cielo falso y aire acondicionado, incumpliendo la normatividad de archivos. Se encuentran cajas con diferentes vigencias y sin rotulación.
4. Se observa que el baño en el tercer piso está siendo utilizada como bodega.
5. El cuarto eléctrico alberga elementos almacenados que deben ser removidos, ya que su presencia en esta zona constituye un riesgo o peligro debido a la naturaleza del lugar.
6. Se evidencia falta de control de plagas, incluyendo la proliferación de palomas, así como una brecha significativa entre las sesiones de fumigación y desratización. El contrato actual no contempla frecuencias adecuadas para una zona ubicada en una ciudad puerto marítimo, caracterizada por una alta presencia de roedores.
7. En el segundo y tercer piso de las oficinas, se observan dos balcones de fácil acceso para las personas y sin barandales de protección, lo cual genera un riesgo de caída al vacío.
8. Las tres lanchas al servicio de la DAR están ubicadas en las instalaciones del Club Zabaletas. Estas embarcaciones se utilizan para desplazamientos por los esteros y recorridos en el litoral, en los alrededores de Buenaventura y su jurisdicción. Cuentan con elementos de protección personal a bordo. Las órdenes de marcha, embarque y salida cuentan con la autorización correspondiente de la Capitanía de Puerto.
9. Se evidencia extintor fuera de servicio en el auditorio, sin la debida disposición final.
10. Sin dispensadores para el uso del papel higiénico en los baños de mujeres.
11. El tercer piso no cuenta con cielo falso que permita aislar este lugar de contaminación como el polvo y las palomas que tienen acceso por el techo. Además, presenta una puerta en el ático que no dispone de medidas de seguridad apropiadas.
12. Las instalaciones presentan humedad y deterioro.
13. En el segundo piso se encontró a una persona ubicada de espaldas a la puerta de acceso. No se recomienda esta disposición, ya que obliga a realizar movimientos constantes de rotación de cabeza. Se recomienda realizar un análisis de los puestos de trabajo.
14. No se cuenta con un sistema de alarma para casos de emergencias.
15. No se observa directorio de emergencias ubicado en lugar visible y a la mano.

- 16. Se debe realizar una socialización constante del plan de emergencias.
- 17. No evidencia formato de control para el consumo de elementos del Botiquín.
- 18. No cuenta con ascensor de acceso a oficinas ubicadas en los pisos superiores.
- 19. Las gradas de acceso al segundo y tercer piso, no cuentan con cinta antideslizante.
- 20. El control de plagas y desratización no se realiza con la frecuencia debida.
- 21. La DAR Pacifico Oeste, no cuenta con centro de atención veterinaria - hogar de paso para la fauna silvestre.

4.9 DAR BRUT – LA UNIÓN – 22/04/2025

Aspectos positivos:

- Se observa oficinas e instalaciones limpias, organizadas, igualmente, las áreas comunes.
- Los baños se ven limpios y aseados.
- Rampas de acceso en buenas condiciones y de fácil acceso
- Cuenta con botiquín de primeros auxilios y todos sus elementos.
- Los extinguidores están recargados (fecha de vencimiento: marzo de 2026), demarcados y ubicados en cada piso.
- Rutas de evacuación de la DAR, debidamente demarcadas
- Se cuenta con un punto de encuentro debidamente identificado y de conocimiento de todos los funcionarios y contratistas de la DAR.
- Parqueaderos cubiertos
- Los elementos de protección personal EPP, para el manejo de la fauna silvestre tiene un adecuado control para la utilización, evitando perdida de estos.
- Se evidencia orden en la distribución de los puestos de trabajo en las diferentes oficinas de la DAR.
- Se observó un adecuado manejo de los prados y zonas verdes.

Aspectos negativos:

- 1. Se observa deterioro en el techo del centro de atención veterinaria u hogar de paso para la fauna silvestre.
- 2. Se pudo evidenciar que, en el segundo piso, existe una especie de bodega para almacenar todo tipo de elementos, como llantas, equipos de cómputo, cajas, periféricos, tarros, impresoras y tóner obsoletos y una cantidad considerable de cajas con archivo de gestión, violando el protocolo de manejo de archivos.
- 3. Se pudo observar inadecuado manejo de residuos sólidos, ubicados en zona periférica de la DAR. Residuos plásticos, madera, cartón, poliestireno (icopor) y residuos de divisiones entre otros.
- 4. No se cuenta con un sistema de alarma para casos de emergencias.
- 5. No se observa directorio de emergencias ubicado en lugar visible y a la mano.
- 6. Se debe realizar una socialización constante del plan de emergencias.
- 7. No evidencia formato de control para el consumo de elementos del Botiquín.
- 8. El control de plagas y desratización no se realiza con la frecuencia debida.

4.10 DAR CENTRO NORTE – (TULUÁ) – 23/04/2025

Aspectos positivos:

- Se observa oficinas e instalaciones limpias, organizadas, igualmente, las áreas comunes.
- Los baños se ven limpios y aseados.
- Cuenta con botiquín de primeros auxilios y todos sus elementos actualizados.
- Los extinguidores están recargados (fecha de vencimiento: marzo de 2026), demarcados y ubicados en cada piso.
- Rutas de evacuación de la DAR debidamente demarcadas
- Se cuenta con un punto de encuentro debidamente identificado y de conocimiento de todos los funcionarios y contratistas de la DAR.
- Se evidencia orden en la distribución de los puestos de trabajo en las diferentes oficinas de la DAR.
- Iluminación solar y eléctrica adecuada.
- Las oficinas cuentan con Aire acondicionado.

Aspectos negativos:

- 1. Se evidencia un inadecuado manejo de residuos sólidos producto de la poda del césped de las zonas verdes y madera para destrucción, producto de la finalización del proceso sancionatorio ambiental, escombros y cajas.
- 2. Se observan sillas para funcionarios y colaboradores deterioradas.
- 3. Se observa deterioro en la madera de la edificación de la DAR.
- 4. Se evidencia problema de manejo de murciélagos en varias de las oficinas de DAR, especialmente donde se guardan los artículos de cafetería y aseo, generando un riesgo de contaminación de estos elementos de consumo humano, como el café.
- 5. No se cuenta con un sistema de alarma para casos de emergencias.
- 6. No se observa directorio de emergencias ubicado en lugar visible y a la mano.
- 7. Se debe realizar una socialización constante del plan de emergencias.
- 8. No evidencia formato de control para el consumo de elementos del Botiquín.
- 9. El control de plagas y desratización no se realiza con la frecuencia debida.

4.11 DAR CENTRO SUR (BUGA) – 24/04/2025

Aspectos positivos:

- Se evidencia un adecuado manejo de residuos en sus respectivos puntos ecológicos (canecas.)
- Se observa extintores con recarga vigente (Fecha de recarga marzo-2025; Fecha de vencimiento: marzo-2026, con área demarcada, despejada, visible y accesible.
- Botiquín con su respectiva señalización dotado con sus respectivos insumos al día.
- Se verificó el esquema de vacunación de los técnicos de campo que realizan actividades de manejo de fauna.
- Se solicitaron aleatoriamente a funcionarios encargados de fauna y contaban con sus respectivos permisos de manejo. (casos de movilización y/o desplazamiento en vehículos motorizados de la entidad).
- Se evidencia Camilla para casos de emergencias con área demarcada, despejada, visible y accesible.
- Se evidencia señalización adecuada con la indicación "ruta de evacuación".
- Se observa una zona de parqueo debidamente demarcada.
- La DAR cuenta con baño para discapacitados, amplio, con las condiciones adecuadas para este grupo de personas.
- Las instalaciones en general, áreas comunes, están limpias, aseadas y en orden.
- Se cuenta con punto de encuentro para casos de emergencia.

Aspectos negativos:

- 1. Se observa dos ventanales con ruptura de vidrio en la oficina del área de procesos sancionatorios de la DAR y en la ventana del Auditorio. Se debe realizar el cambio para evitar accidentares.
- 2. Se pudo observar que, al lado del hogar de paso de fauna silvestre, existe una especie de bodega, donde está apilonado, cajas, bolsas con adornos navideños, papel reciclado en desorden.
- 3. Se observa una inadecuada disposición, almacenamiento y manejo del alimento para los peces, ya que este se encuentra en el piso, y en bolsas de polipropileno. Este producto debe estar acopiado en tarros con tapa que selle y proteja su contenido.
- 4. Se evidencia varias violaciones en la malla divisoria que dividen el lindero que colinda entre la DAR con el Batallón de Artillería No 3 "Batalla Palace". Se recomienda hacer seguimiento al oficio radicado ante la mencionada Guarnición Militar por novedades presentadas con unidades militares que traspasan la malla divisoria e invaden los predios de la DAR, así mismo ampliar la queja respecto a la inseguridad en los linderos del Batallón.
- 5. Se observan pisos irregulares que puede generar riesgo de caídas durante el tránsito entre el corredor hacia el jardín.
- 6. Humedad en la pared entre la oficina Jurídica y la UGC Yotoco, Piedras; Mediacaño, Riofrio, que evidencia condiciones inadecuadas para el personal que laboran en estas oficinas, así como notable deterioro en la infraestructura de toda esa pared.
- 7. La oficina jurídica no cuenta con espacio para el archivo de gestión (procesos que lleva activos en juzgados).
- 8. Extensión eléctrica mal ubicada y colocada sobre carpetas, generando un riesgo de incendio.
- 9. Sin evidencia de la existencia de un lugar adecuado y habilitado como centro de atención veterinaria u hogar de paso para la fauna silvestre. El lugar utilizado para este fin se encuentra en malas condiciones, con jaulas deterioradas, falta de aseo, cielo falso en muy malas condiciones y hace mucho calor en su interior.
- 10. Se evidencia manipulación de fauna silvestre sin Elementos de Protección Personal (EPP). Sin evidencia del suministro de estos elementos a la profesional encargada de esta actividad, por parte de Seguridad y Salud en el Trabajo. SG SST.
- 11. Se observa una bicicleta mal estacionada, obstaculizando el pasillo y el acceso a la camilla para emergencias. Señalética mal ubicada.
- 12. Se observaron lámparas que no funcionan en el tercer piso de la DAR.
- 13. Se pudo observar una impresora ubicada en el piso de la oficina de la UGC Yotoco, Piedras, media canoa, la cual debería estar instalada en un soporte adecuado para el equipo.
- 14. En el Archivo Central se evidenciaron elementos como libros, cajas, sacos de polipropileno entre otros, los cuales generan desorden.
- 15. No se cuenta con un sistema de alarma para casos de emergencias.
- 16. No se observa directorio de emergencias ubicado en lugar visible y a la mano.
- 17. Se debe realizar una socialización constante del plan de emergencias.
- 18. No evidencia formato de control para el consumo de elementos del Botiquín.
- 19. El control de plagas y desratización no se realiza con la frecuencia debida.

5. SEGUIMIENTO A LAS NO CONFORMIDADES Y OPORTUNIDADES DE MEJORA AUDITORIA INTERNA 2024

Para el seguimiento, se generó informe de cumplimiento de las acciones de mejora propuestas por el auditado, como resultado de la auditoria de 2024; dicho plan está sujeto a un cronograma para ser ejecutado en la vigencia 2025. La verificación o seguimiento se realizó con base a las acciones realizadas al corte 30 de abril de 2025, donde ese obtuvo el siguiente resultado:

ITEM	Tipo	Acción o actividad	Fecha final	% real de ejecución	Estado	RESULTADO
1	Acción correctiva	Realizar el documento correspondiente para formalizar la designación del Responsable del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, de conformidad con el contrato.	31/03/2025	100%	Finalizado	NO CUMPLE EVIDENCIA REGISTRADA: Se realizó para la firma del Director General Memorando de designación de responsable de SST, para la cual no se considera prudente por parte de la Dirección general puesto que existe un contrato firmado donde se encuentra la designación del responsable de Seguridad y salud en el Trabajo. OBSERVACION OCI: Si bien existe acuerdo entre las partes firmado entre la Corporación y el prestador de servicio, el Sistema de Gestión requiere que se incluya documento aparte que formalice la mencionada designación con las tareas específicas enfocadas en el liderazgo y dinamización del SG SST.
2	Acción de Mejora	Establecer en las responsabilidades contractuales de los profesionales que corresponda y que prestan sus servicios en SST, la obligatoriedad en gestionar las acciones necesarias (documentos, capacitaciones, PESV, políticas entre otros) para la seguridad en transporte marítimo y fluvial.	15/02/2025	100.00%	Finalizado	NO CUMPLE EVIDENCIA REGISTRADA: Para la vigencia 2025 se incluye en los documentos previos a la contratación, en obligaciones del contratista la responsabilidad en lo relacionado con el plan de seguridad marítima y fluvial, así como lo relacionado con la seguridad industrial en el uso de lanchas para el transporte marítimo y fluvial de funcionario. OBSERVACIÓN OCI El link solo muestra listado de capacitaciones, no evidencia obligaciones contractuales específicas mencionados como recomendación en la acción de mejora.
3	Acción de Mejora	Actualizar la política de Seguridad y Salud en el Trabajo.	31/03/2025	100.00%	Finalizado	NO CUMPLE EVIDENCIA REGISTRADA: Link: https://daruma.cvc.gov.co/Plan de Trabajo

							OBSERVACIÓN OCI: La evidencia soportada adjunta: Plan de Trabajo frente a hallazgos de la auditoría – NO se evidencia la política del SG SST actualizada como exige la norma.
	4	Acción de Mejora	Revisar y actualizar la lista de chequeo de documentos de accidentes de trabajo y enfermedad laboral (ATEL)	30/04/2025	100.00%	Finalizado	NO CUMPLE EVIDENCIA REGISTRADA: "No es necesario diseñar una lista de chequeo ya que se cuenta con una caracterización que vincula todos los datos como tipo de lesión, nombre de la lesión, parte del cuerpo afectado, mecanismo del accidente, nombre del mecanismo del accidente, agente del accidente y peligros que nos ayudan a elaborar el plan de mejora, modificación de matriz de peligros si no existe el riesgo o peligro por el cual se accidento el funcionario o contratista y nos ayuda también de base con la investigación de accidente, también nos ayuda a la radicación del FURAT y a las EPS correspondientes de los trabajadores accidentados por normatividad". OBSERVACIÓN OCI: Esta contradicción debió realizarse en el momento de la presentación del informe de la auditoría al SG SST 2024. A esta fecha se debe cumplir con la actividad de la acción de mejora mencionada.
	5	Acción de Mejora	Revisar dentro del Sistema de Gestión de Seguridad y salud en el Trabajo, el resultado de los indicadores de cada programa con que se cuenta, pero cabe mencionar que él Sistema cuenta con los indicadores correspondientes, para cada programa de vigilancia epidemiológica.	31/03/2025	100.00%	Finalizado	CUMPLE PARCIALMENTE EVIDENCIA REGISTRADA: Se revisaron y actualizaron los indicadores del SG - SST, que evalúa el SST desde la normativa: Link: https://daruma.cvc.gov.co/indicadores OBSERVACIÓN OCI: En la página 8 del documento adjunto NO se evidencia el análisis que se recomienda en la oportunidad de mejora detallada en el informe.
	6	Acción de Mejora	Proponer a la Dirección Administrativa y del Talento Humano, la realización reuniones para el seguimiento del Sistema de Gestión de Seguridad y salud en el Trabajo.	31/01/2025	100.00%	Finalizado	NO CUMPLE EVIDENCIA REGISTRADA: Link: https://daruma.cvc.gov.co/COT0808-2024 OBSERVACIÓN OCI: El documento cargado según el link relacionado NO corresponde a lo descrito como evidencia. (cargaron aceptación de oferta # 808 del 11 de diciembre de 2024). La recomendación era proponer reuniones trimestrales a nivel gerencial – soporte: documento, acta de reunión, lista de asistencia, entre otros.
	7	Acción de Mejora	Realizar el plan de trabajo frente a los hallazgos de la acción correctiva y las oportunidades de mejora a que haya lugar.	31/01/2025	100.00%	Finalizado	NO CUMPLE EVIDENCIA REGISTRADA: Se formuló plan de trabajo a la auditoría realizada al Grupo de Talento Humano - SG. SST, designado bajo el código PA240-014, plan de mejora auditoría interna, el cual determina las fechas de cumplimiento. OBSERVACIÓN OCI: No se evidencia documento adjunto o link que se pueda validar lo escrito como evidencia. Importante mencionar que el plan de mejora no aplica como Plan de trabajo.
	8	Acción de Mejora	Revisar y actualizar el manual de proveedores especialmente en el punto 4, para asignación de responsabilidades.	30/04/2025	100.00%	Finalizado	NO CUMPLE EVIDENCIA REGISTRADA: Se revisó y actualizó el manual de proveedores especialmente en el punto 4, para asignación de responsabilidades. OBSERVACIÓN OCI: No se evidencia link o soporte cargado en el que se pueda validar el manual de proveedores actualizado.
9	Acción de Mejora	Revisar con la Dirección Administrativa y del Talento Humano, la pertinencia y viabilidad de esta recomendación, apunta a la oportunidad	30/04/2025	100.00%	Finalizado	CUMPLE PARCIALMENTE	

		de mejora No. 27 del informe final de auditoría al SG SST 2024				EVIDENCIA REGISTRADA: 1. Por recomendación del grupo de gestión documental se debe mantener el archivo físico que existe en la CVC de Historias Clínicas Ocupacionales. 2. Las actividades tomadas desde medicina preventiva y del trabajo en cuanto a la promoción y prevención de la Salud ocupacional se toma en cuenta el resultado de las condiciones de salud de la entidad y el resultado del ausentismo por enfermedad de origen general. 3. Se entregó a la SOS Servicio occidental de Salud, las historias clínicas que se encontraba de esa EPS en las instalaciones de la CVC. OBSERVACION OCI: Lo que la oportunidad de mejora pide es el diseño del procedimiento que incluya custodia (física y digital) y manejo de las Historias clínicas.
10	Acción de Mejora	Revisar, ajustar y actualizar el instructivo de investigación de accidentes con el fin que facilite el control y la trazabilidad de la información en cada caso.	31/03/2025	100.00%	Finalizado	CUMPLE - PARCIALMENTE EVIDENCIA REGISTRADA: Link: https://daruma.cvc.gov.co/investigacion Se revisa, ajustar y actualizar el instructivo de investigación de accidentes con el fin de facilitar el control y la trazabilidad. OBSERVACION OCI: Documento adjunto como evidencia no cuenta con la normalización y codificación ante los Proceso de Gestión de Calidad y Gestión Documental. Sin firmas.
11	Acción de Mejora	Revisar, actualizar y dividir el procedimiento PT.0520.26 correspondiente a SG-SST.	15/04/2025	100.00%	Finalizado	NO CUMPLE EVIDENCIA REGISTRADA: Se ingresa evidencia de división de procedimiento PT 0520.26. Procedimiento. Riesgo Psicosocial 2.1 Link: https://daruma.cvc.gov.co/procedimiento Procedimiento higiene y seguridad industrial Link: https://daruma.cvc.gov.co/procedimiento Procedimiento medicina preventiva y laboral Link: https://daruma.cvc.gov.co/procedimiento OBSERVACIÓN OCI: El procedimiento PT.520.26 que incluyen como evidencia, no es el mismo que a la fecha, aparece cargado en la plataforma de CALIDAD de la CVC (adjunto en Word tiene 19 actividades, vs el de la plataforma detalla 25 actividades).
12	Acción de Mejora	Validar o incluir que en la Matriz Legal de Talento Humano se encuentra incluida la Matriz Legal de SG-SST.	30/03/2025	100.00%	Finalizado	CUMPLE Normograma del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo, que fue enviado vía correo electrónico a la coordinación del Talento Humano para que sea incorporado al normograma del proceso en DARUMA. Normograma SG-SST Link: https://daruma.cvc.gov.co/NORMO.GRAMA
13	Acción de Mejora	Tomar los correctivos necesarios para que la contratación se realice a tiempo.	1/02/2025	100.00%	Finalizado	NO CUMPLE EVIDENCIA REGISTRADA: Se ha Venido actualizando el manual del Plan Estratégico de Seguridad y Salud en el Trabajo, dentro del cual se encuentra la matriz de responsabilidades la cual se actualizo, las responsabilidades del profesional encargado de apoyar las actividades de Seguridad vial y transporte terrestre, marítimo y fluvial. Link: https://daruma.cvc.gov.co/Responsabilidades OBSERVACIÓN OCI: La actividad no corrige la observación de la auditoría 2024.

	14	Acción de Mejora	Solicitar reunión con la Coordinación de Recursos físicos para revisar, evidenciar el plan mantenimiento de equipos, instalaciones, maquinarias, herramientas y realizar la socialización con el responsable del SG - SST.	30/03/2025	100.00%	Finalizado	CUMPLE PARCIALMENTE EVIDENCIA REGISTRADA: Se realiza el cargue de todos los contratos objeto de mantenimientos locativos y de maquinaria y equipo de la Corporación la vigencia 2024. OBSERVACIÓN OCI: La oportunidad de mejora apunta a evidenciar PLAN DE MANTENIMIENTO, es decir la ruta de trabajo para el 2024 de todo lo que involucre equipos, instalaciones, etc. La evidencia cargada son contratos o aceptaciones de ofertas, mas no plan de mantenimiento anual.
	15	Acción de Mejora	Solicitar al COPASST el cronograma del plan de trabajo correspondiente durante el periodo de vigencia, con los respectivos soportes de Planeación, Ejecución y seguimiento.	30/03/2025	100.00%	Finalizado	CUMPLE Se adjunta cronograma de actividades y participación del COPASST desde la planeación, ejecución y seguimiento del plan de trabajo. Link: https://daruma.cvc.gov.co/CRONOGRAMA.xlsx
	16	Acción de Mejora	Implementar las estrategias de sensibilización sobre el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG – SST) en la corporación y garantizar el conocimiento de todos los funcionarios y prestadores de servicios. Revisar, ajustar e implementar plan de capacitación del SGSST.	30/03/2025	100.00%	Finalizado	NO CUMPLE EVIDENCIA REGISTRADA: Se ejecuto al 100% la actividad. OBSERVACIÓN OCI: No adjunta evidencias para validar la implementación de estrategias de sensibilización.
	17	Acción de Mejora	Formalizar reunión con la coordinación del grupo o a quien designe de Talento Humano para revisión del mapa de riesgo de corrupción, para actualizar los riesgos que se deriven en el desarrollo y ejecución del SG-SST.	30/03/2025	100.00%	Finalizado	NO CUMPLE EVIDENCIA REGISTRADA: Se envió al Grupo de Talento Humano el Mapa de riesgos de SG- SST, para actualizarse en la plataforma de DARUMA, el mapa de riesgos de Talento Humano. Link: https://daruma.cvc.gov.co/MAPA.RIESGOS.SST OBSERVACIÓN OCI: La evidencia podía ser el acta de reunión, listado de asistencias, pero lo que adjuntan en el link corresponde a la propuesta de mapa de riesgo desde SST, pero al validar y descargar el Mapa de riesgos de Corrupción Código 0520, este a la fecha, no incluye la mencionada propuesta.
	18	Acción de Mejora	Revisar e intervenir en conjunto con el grupo de Recursos Físicos para reparación para las actividades sujetas a las cuatro acciones de mejora propuestas. – DAR SUORIENTE	30/03/2025	100.00%	Finalizado	CUMPLE EVIDENCIA REGISTRADA: Se adjunta correo electrónico y acta en relación con la DAR SUORIENTE, para las actividades sujetas a las cuatro acciones de mejora propuestas a las actividades relacionada con al Grupo de Recursos Físicos. Link: https://daruma.cvc.gov.co/Actas OBSERVACIÓN OCI: En las evidencias se adjuntó acta de reunión y se validan compromisos para atender las recomendaciones registradas en la auditoria al SG SST en la prueba de recorrido a la DAR Surorienté.
	19	Acción de Mejora	Realizar convenio con el CDAV para la realización de los exámenes, de conducción y mecánica básica para conductores.	31/01/2025	100.00%	Finalizado	CUMPLE EVIDENCIA REGISTRADA: Se observa contrato COT 808 2024 UT PRUEBAS PESV en la plataforma SECOP, con ejecución en el mes de diciembre de 2024. Link: https://daruma.cvc.gov.co/COT-0808-2024

						CUMPLE
20	Acción de Mejora	Elaborar e implementar el programa de las 5 S en la Corporación	30/03/2025	100.00%	Finalizado	EVIDENCIA REGISTRADA: Se cuenta con programa de las 5S establecido en la corporación para funcionarios y contratistas que mide orden y aseo en puestos de trabajo con aplicación establecida 1 vez al año, en proceso de normalización Link: https://daruma.cvc.gov.co/P-ORDENASEO
21	Acción de Mejora	Formalizar y socializar los resultados de la calificación del desempeño del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST) a las partes interesadas asegurando la transparencia y el compromiso con la mejora continua.	30/04/2025	100.00%	Finalizado	CUMPLE PARCIALMENTE EVIDENCIA REGISTRADA: Se ha programado rendición de cuentas para el 12 de mayo de 2025 con el COPASST y pendiente de agenda con el director administrativo. Link: https://daruma.cvc.gov.co/Rendicion cuenta OBSERVACIÓN OCI: Debe adjuntar evidencias de la socialización mencionada en la oportunidad de mejora.
22	Acción de Mejora	Realizar actualización del protocolo de atención casos médicos, en el punto METODOLOGIA para la valoración médica post incapacidad; así como revisión de la normativa en cuanto a la realización de los exámenes médicos de ingresos.	31/03/2025	0.00%	Ejecución	NO CUMPLE - VENCIDO Estos ítems aparecen pendientes de ejecución y cargue de evidencia, de acuerdo con los tiempos programados. A la fecha presenta cronograma vencido.
23	Acción de Mejora	Realizar protocolo creando la obligatoriedad de los contratistas en la entrega de incapacidades por accidentes o enfermedad general y demás documentos que alimentan las estadísticas del Sistema de Gestión de Seguridad y salud en el Trabajo.	31/03/2025	0.00%	Ejecución	NO CUMPLE - VENCIDO Estos ítems aparecen pendientes de ejecución y cargue de evidencia, de acuerdo con los tiempos programados. A la fecha presenta cronograma vencido.
24	Acción de Mejora	Realizar documentos que determine tiempos de custodia y archivo de respaldo digital de las historias clínicas	30/03/2025	0.00%	Ejecución	NO CUMPLE - VENCIDO Estos ítems aparecen pendientes de ejecución y cargue de evidencia, de acuerdo con los tiempos programados. A la fecha presenta cronograma vencido.
25	Acción de Mejora	Continuar con el diligenciamiento y actualización de las novedades en la Plataforma SIMEON.	31/03/2025	0.00%	Ejecución	NO CUMPLE - VENCIDO Estos ítems aparecen pendientes de ejecución y cargue de evidencia, de acuerdo con los tiempos programados. A la fecha presenta cronograma vencido.
26	Acción de Mejora	Crear un Estrategia que contenga la información para los de los peligros y riesgos identificados en la Corporación, así como las rutas de evacuación, salidas de emergencia y puntos de encuentro.	30/04/2025	0.00%	Ejecución	NO CUMPLE - VENCIDO Estos ítems aparecen pendientes de ejecución y cargue de evidencia, de acuerdo con los tiempos programados. A la fecha presenta cronograma vencido.
27	Acción de Mejora	Socialización y Rendición de Cuentas Programar una reunión con la Dirección General, Dirección Administrativa, Talento Humano y el COPASST para presentar los resultados y el análisis comparativo. Publicar los resultados de la rendición de cuentas en un lugar visible de la intranet de la corporación de esta forma facilitar el acceso a la información para todos los colaboradores.	30/04/2025	0.00%	Ejecución	NO CUMPLE - VENCIDO Estos ítems aparecen pendientes de ejecución y cargue de evidencia, de acuerdo con los tiempos programados. A la fecha presenta cronograma vencido

28	Acción de Mejora	Realizar el cargue en la plataforma establecida (SIMEON) para la sistematización e información de los trabajadores inculados.	30/04/2025	0.00%	Pendiente por ejecutar	NO CUMPLE - VENCIDO Estos ítems aparecen pendientes de ejecución y cargue de evidencia, de acuerdo con los tiempos programados. A la fecha presenta cronograma vencido.
29	Acción de Mejora	Análisis Comparativo del Desempeño Realizar un análisis comparativo entre la vigencia anterior y el período actual, evidenciando: Tendencias en el desempeño del SGSST. Comportamiento de indicadores clave. Impacto en la salud y seguridad de los trabajadores. Estrategias de mejora a implementar.	30/04/2025	0.00%	Pendiente por ejecutar	NO CUMPLE - VENCIDO Estos ítems aparecen pendientes de ejecución y cargue de evidencia, de acuerdo con los tiempos programados. A la fecha presenta cronograma vencido.
30	Acción de Mejora	Incluir para el 2025, dentro plan de institucional de capacitación, el programa de Capacitación de Seguridad y Salud en el Trabajo.	30/04/2025	0.00%	Pendiente por ejecutar	NO CUMPLE - VENCIDO Estos ítems aparecen pendientes de ejecución y cargue de evidencia, de acuerdo con los tiempos programados. A la fecha presenta cronograma vencido.

Tabla generada del aplicativo DARUMA de la Corporación

Resultado del seguimiento:

ITEM	PLAN DE MEJORA	DESCRIPCIÓN	RESULTADO
1	ACCIONES DE MEJORA	CUMPLE	5
2	ACCIONES DE MEJORA	NO CUMPLE	20
3	ACCIONES DE MEJORA	CUMPLIMIENTO PARCIAL	5
TOTAL			30

El análisis de la información contenida en la tabla de cumplimiento de las acciones de mejora propuestas por el auditado para el período 2025, revela un incumplimiento en las oportunidades de mejora identificadas durante la auditoría de la vigencia 2024. Este incumplimiento abarca 20 acciones y constituye el aspecto más relevante dentro del seguimiento realizado. Por esta razón, el equipo auditor, al constatar que, en la presente auditoría persisten situaciones objeto de seguimiento; pone en manifiesto, la carencia de efectividad de las acciones realizadas, respecto a las acciones propuestas en el plan de mejora plantadas por el Proceso 0520 Gestión del Talento Humano – Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, en la auditoría de 2024.

Análisis de riesgo :	· Imposibilidad de realizar las visitas a las DAR por orden público o por disponibilidad de transporte. · Falta de independencia y objetividad.
Conclusiones, hallazgos y/o recomendaciones :	• CONCLUSIONES 1. Adelantada la verificación de la documentación aportada por el Grupo de Talento Humano de la Dirección Administrativa, proceso PC 0520; se concluye que, el nivel de cumplimiento en la implementación de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo corresponde a una valoración “Moderadamente aceptable”, según lo establecido en el artículo 27 de la Resolución 0312 de 2019. 2. Se pudo determinar la falta de implementación del Plan Estratégico de Seguridad Vial - PESV, el cual constituye una herramienta de gestión, que contiene las acciones, mecanismos, estrategias y medidas de planificación, implementación, seguimiento y mejora, encaminadas a generar hábitos, comportamientos y conductas seguras en las vías para prevenir riesgos y reducir la accidentalidad vial en la Corporación. 3. En el marco del ciclo PHVA, se identifica la fase del "HACER" como una fortaleza, ya que se evidencia diversas actividades encaminadas a la prevención y mitigación de riesgos laborales, mostrando un compromiso palpable de parte de la Corporación con el funcionamiento del SG SST. 4. Finalmente se puede concluir que, aunque se asignan recursos para el sistema, se evidencia la necesidad de involucrar de manera integral a todas las partes que integran el SG SST, desde el empleador hasta el trabajador, incluyendo contratistas y subcontratistas. La Seguridad y Salud en el Trabajo es un compromiso de todos, donde cada uno tiene un rol definido para contribuir a un ambiente laboral seguro y saludable. • NO CONFORMIDADES Y OPORTUNIDADES DE MEJORA NC1.:Incumplimiento de lo dispuesto en el decreto 1072 de 2015 y resolución 0312 de 2019 "Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST". En la verificación realizada al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en Trabajo de la Corporación se evidencio incumplimiento de los siguientes estandares: ◦ Estándar 1.2.1 Programa Capacitación promoción y prevención – PyP. ◦ Estándar 2.1.1 Política del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST firmada, fechada y comunicada al COPASST. ◦ Estándar 2.2.1 Objetivos definidos, claros, medibles, cuantificables, con metas, documentados, revisados del SG-SST. ◦ Estándar 2.4.1 Plan que identifica objetivos, metas, responsabilidad, recursos con cronograma y firmado. ◦ Estándar 2.5.1 Archivo o retención documental del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST. ◦ Estándar 2.6.1. Rendición de cuentas del desarrollo del Sistema de Gestión de SST, que incluya a todos los niveles de la empresa. ◦ Estándar 3.1.9 Eliminación de residuos sólidos, líquidos o gaseosos que se producen, así como los residuos peligrosos, de forma que no se ponga en riesgo a los trabajadores. ◦ Estándar 4.1.2 Identificación de peligros con participación de todos los niveles de la empresa.

	◦ Estándar 4.1.4 Realización mediciones ambientales, químicos, físicos y biológicos. ◦ Estándar 4.2.2 Verificación de aplicación de medidas de prevención y control por parte de los trabajadores. ◦ Estándar 4.2.4 Realización de inspecciones sistemáticas a las instalaciones, maquinaria o equipos con la participación del COPASST. ◦ Estándar 5.1.1 Se cuenta con el Plan de Prevención, Preparación y Respuesta ante emergencias. ◦ Estándar 7.1.1 Definición de acciones preventivas y correctivas con base en resultados del SG-SST. ◦ Estándar 7.1.2 Acciones de mejora conforme a revisión de la alta dirección ◦ Estándar 7.1.4 Elaboración Plan de Mejoramiento e implementación de medidas y acciones correctivas solicitadas por autoridades y ARL. • OM2: Documentos del SG SST sin revisar, actualizar, socializar o comunicar. Se recomienda revisar, actualizar, socializar y comunicar continuamente a todos los niveles de la Corporación, los documentos de mayor relevancia dentro del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo - SG SST, tales como la política, plan de trabajo, programas, objetivos y metas, planes de capacitación, protocolos de seguridad, formatos, procedimientos, matrices de identificación de peligros y evaluación de riesgos, procedimientos de emergencia, reglamento de higiene y seguridad industrial, plan estratégico de seguridad vial entre otros. • OM3: Utilización de formatos y documentos no formalizados. Se recomienda actualizar y formalizar en el proceso de Gestión de Calidad; los diferentes documentos utilizados en la implementación y ejecución del SG SST, tales como formatos, protocolos, programas, matrices, procedimientos, planes entre otros. • OM7: Socialización de los Planes de Prevención, Preparación y Respuesta ante emergencias. Se recomienda realizar socialización constante de los Planes de Prevención, Preparación y Respuesta ante Emergencias a todos los funcionarios y colaboradores de las Direcciones Ambientales Regionales, Almacén General e Instalaciones Auxiliares, dado que varios funcionarios expresan no saber de la existencia de este plan. • NC2: Incumplimiento del artículo 32 de la Resolución 0312 de 2019 - Plan Estratégico de Seguridad Vial. Incumple la norma por falta de articulación del Plan Estratégico de Seguridad Vial - PESV al Sistema de Gestión seguridad y Salud en el Trabajo – SG SST. • OM4: Control para los elementos de protección personal EPP. Se recomienda gestionar la creación de una bodega en el Sistema de Administración de Bienes y Servicios - SABS, para el control de los elementos de protección personal - EPP, que permita tener un inventario actualizado y detallado de las existencias y tipo de elementos existentes en bodega, adicionalmente se recomienda asegurar el suministro de elementos de protección personal suficiente, oportuno y por tallas, de acuerdo con las tareas desarrolladas por los funcionarios de la Corporación. • OM5: Área de almacenamiento en las Direcciones Ambientales Regionales. Se recomienda gestionar la construcción o adecuación de un área de almacenamiento en las Direcciones Ambientales Regionales, destinada a guardar elementos como papelería, herramientas, equipos, materiales y otros artículos de uso frecuente necesarios para cumplir con las actividades del territorio. Este espacio permitirá optimizar y organizar mejor las instalaciones de las DAR, garantizando un entorno más ordenado. • NC3: Incumplimiento del Procedimiento PT.0520.26: Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. Incumple las actividades 1, 2, 3, 5, 11, 18, 20, 24 y 25, el cual incluye el Plan Estratégico de Seguridad Vial para Corporación. • OM6: Desinfección, control de plagas y desratización. Se recomienda desarrollar un plan integral para el control de plagas y desratización en las distintas sedes de la Corporación, estableciendo una periodicidad superior a una vez al año. Esto se debe a que una única intervención resulta insuficiente para garantizar un control efectivo de los vectores, cuyo riesgo potencial incluye la transmisión de enfermedades que podrían afectar a los funcionarios y colaboradores de la Corporación. • OM8: Articulación del funcionario encargado del mantenimiento de los vehículos con el SG SST. Se recomienda la articulación del funcionario encargado del manejo, mantenimiento y control del parque automotor de las áreas ubicadas en Edificio Principal, DAR Suroccidente, DAR Pacifico Este e Instalaciones Auxiliares; con el Sistema de Gestión y Seguridad y Salud en el Trabajo. • OM1: Actuaciones dentro del SGG SST, sin articulación con el COPASST. Se recomienda articular dentro de ciclo PHVA, las funciones y responsabilidades del COPASST con el SG SST, conforme a lo indicado por el decreto 1072 de 2015 y la Resolución 0312 de 2019.
Firmas :	JAIME ALBERTO ESCUDERO JIMENEZ - Jefe Oficina de Control Interno

Firmas	Nombre	Cargo	Fecha
Auditado	HUMBERTO ANDRADE OVALLE	ASESOR DE LA DIRECCION GENERAL	
Auditado	JUAN MANUEL ARANGO ARANGO	TECNICO ADMINISTRATIVO DE LA DAR SUROCCIDENTE	
Auditado	MARTHA LUCIA ECHEVERRI VALENCIA	TECNICO ADMINISTRATIVO DE LA DAR SURORIENTE	
Coodinador	JAIME ALBERTO ESCUDERO JIMENEZ	JEFE DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO (C)	
Auditado	CLAUDIA LILIANA FRANCO GIRALDO	TECNICO ADMINISTRATIVO DE LA DAR CENTRO-SUR	
Auditado	WALTER GRANJA VELASCO	TECNICO ADMINISTRATIVO DE LA DAR CENTRO NORTE	
Auditado	LUZ MERY GUTIERREZ CORREA	DIRECTOR TERRITORIAL DAR CENTRO-SUR	
Auditado	MARIA FERNANDA MERCADO RAMOS	PROFESIONAL ESPECIALIZADO DE LA DAR CENTRO NORTE	
Auditado	ZORAIDA ALEJANDRA MORA HENAO	PROFESIONAL ESPECIALIZADO DEL LABORATORIO AMBIENTAL	
Auditado	MARY PATIÑO JIMENEZ	PROFESIONAL UNIVERSITARIO DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	
Auditor	PAULA ANDREA POSSU CATACOLI	PROFESIONAL ESPECIALIZADO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO	
Auditado	RICARTE RIASCOS RIASCOS	TECNICO ADMINISTRATIVO DE LA DAR PACIFICO OESTE	
Auditado	NELLY ORFANY RIOS GOMEZ	TECNICO ADMINISTRATIVO DE LA DAR NORTE	
Auditado	EDGAR ALBERTO RIVERA ARENAS	DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y DEL TALENTO HUMANO	
Auditado	HELEM ALEXANDER RUIZ PALACIOS	DIRECTOR TERRITORIAL DAR PACIFICO OESTE (C)	
Auditado	CLAUDIA MARIA SALAZAR BERMUDEZ	PROFESIONAL ESPECIALIZADO DE GESTIÓN DE RECURSOS FISICOS	
Auditado	JOSE NORVEY VALENCIA MEJIA	TECNICO ADMINISTRATIVO DE LA DAR BRUT	
Auditado	JULIAN RAMIRO VARGAS DARAVIÑA	DIRECTOR TERRITORIAL DAR BRUT (C)	
Auditor	HECTOR ADELIO ZAMBRANO	PROFESIONAL ESPECIALIZADO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO	
Auditado	EDGAR ENRIQUE ZAMORA RANGEL	PROFESIONAL ESPECIALIZADO DE LA DIRECCION TECNICA AMBIENTAL	
Auditado	ALBERTO ZAPATA ORTIZ	TECNICO ADMINISTRATIVO DE GESTIÓN DE RECURSOS FISICOS	
Auditor	BYRON HANS SUAREZ MARIN	PERSONAL DE APOYO OFICINA DE CONTROL INTERNO	
Auditado	JHON JAIRO BARRIENTOS	PERSONAL DE APOYO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	
Auditor	MIRIAM AIDE GIL VARGAS	TECNICO ADMINISTRATIVO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO	
Auditado	ANA BEIBA MARQUEZ CARDONA	DIRECTOR TERRITORIAL DAR SURORIENTE	
Auditado	CAROLINA ANDREA CORDOBA CANO	DIRECTOR TERRITORIAL DAR NORTE	
Auditado	HERNANDO VENTE AMU	DIRECTOR TERRITORIAL DAR SUROCCIDENTE	
Auditado	RIGOBERTO LASSO BALANTA	DIRECTOR TERRITORIAL DAR PACIFICO ESTE	
Auditado	YEIMY ANDREA TRUJILLO ROBAYO	TECNICO ADMINISTRATIVO DE LA DAR PACIFICO ESTE	
Auditor	CLARITA ROCIO CORAL HERRERA	PERSONAL DE APOYO OFICINA DE CONTROL INTERNO	
Auditado	NIDIA YOJANA BEDOYA GÓMEZ	DIRECTOR TERRITORIAL DAR CENTRO NORTE	