

 <p>Alcaldía Municipal Ibagué NIT. 800113389-7</p>	Proceso: GESTION DOCUMENTAL	Código: FOR-02-PRO-GD-01	
		FORMATO: ACTA DE REUNION	
	Fecha: 2014/12/19		
	Página: Página 1 de 1		

ACTA DE REUNION DE APERTURA Y CIERRE DE AUTITORIA

FECHA: Ibagué agosto 10 de 2023

HORA: 8 am – 4 pm

LUGAR: Oficina 109 de sede palacio municipal – Grupo SGSST

ASISTENTES: Ana María Triana Lombana, Secretaria Administrativa
Mabel Marcela Castaño Rojas, Directora de Talento Humano
Javier Mauricio Gómez Galindo, Profesional Especializado
Luz Melba Hernández Lozano, Auditor
Carmen Rosa Rondón Aranzález, Auditor Líder
Patricia Eugenia Caro Zambrano, Técnico operativo y demás
asistentes del grupo de SGSST relacionados en el listado de
asistencia adjunta al acta

AUSENTES: N/A

INVITADOS: N/A

ORDEN DEL DIA:

1. Reunión de apertura
2. Condiciones y técnicas de la auditoría
3. Desarrollo de la auditoría
4. Reunión de cierre

DESARROLLO:

La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través de la plataforma PiSAMI y/o de Intranet de la Administración Municipal. La copia o impresión diferente a la publicada, será considerada como documento no controlado y su uso indebido no es responsabilidad de la Alcaldía de Ibagué

 <p>Alcaldía Municipal Ibagué NIT.800113389 7</p>	Proceso: GESTION DOCUMENTAL	Código: FOR-02-PRO-GD-01	
		Versión: 01	
	FORMATO: ACTA DE REUNION	Fecha: 2014/12/19	
		Página: Página 2 de 1	

1. Reunión de apertura:

Se da un saludo extensivo a todos los presentes concediendo la palabra a la Secretaria Administrativa para que presente su equipo que la acompaña, los cuales se encuentran relacionados en la planilla de asistencia anexa al acta; finalmente se presentan Luz Melba Hernández como auditor y Carmen Rondón como auditor líder.

Se recuerda que el 8 de agosto del año en curso se informó a la Secretaria Administrativa y a la Directora de Talento Humano de vía correo la fecha y hora de la auditoria al Sistema de Gestión de Seguridad y salud en el Trabajo (SGSST), no obstante, el plan de auditoria se dio a conocer al nivel directivo en el mes de abril en el comité de gestión y desempeño realizado para dar apertura a las auditorias del Sistema Integrado de Gestión – SIG. Surgiendo modificación de común acuerdo la fecha y hora programada en el plan de auditoria.

El objetivo de la auditoria: Verificar la conformidad, mediante evidencia objetiva el estado de avance de las actividades orientadas a la mejora continua del SGSST.

Criterios de la auditoria:

- Manual del Sistema Integrado de Gestión HSEQ y sus anexos
- Norma ISO 9001:2015.
- Norma ISO 14001:2015.
- Norma ISO 45001:2018
- Decreto 612 de 2022
- Decreto 613 de 2022
- Decreto 614 de 2022.

Alcance de la auditoria: Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo

2. Condiciones y técnicas de auditoria:

La Auditoria se llevará a cabo por un término de 8 horas contadas a partir de este momento, con receso de 10 minutos a las 10:15 am y a las 12 m tendremos un receso de una hora para el almuerzo.

 <p>Alcaldía Municipal Ibagué NIT. 8001133897</p>	Proceso: GESTION DOCUMENTAL	Código: FOR-02-PRO-GD-01	
		FORMATO: ACTA DE REUNION	
	Fecha: 2014/12/19		
	Página: Página 3 de 1		

Durante la auditoria se realizarán preguntas a los líderes de los procesos o personas que participan en los mismos, se realizará muestreo aleatorio para las verificaciones y en algunos casos se revisará la documentación o información que sea indispensable, así mismo se aplicarán técnicas de observación.

Es importante aclarar que teniendo en cuenta el método y el tiempo, no es posible la verificación del 100% de los requisitos del sistema, sino una muestra de los mismos.

Los hallazgos que se pueden encontrar son: fortalezas, conformidades, no conformidades cuando se incumpla los requisitos de la norma y oportunidades de mejora.

Es importante aclarar que la información obtenida será utilizada y tratada bajo los principios de confidencialidad y profesionalismo

Reglas: solo se tendrán en cuenta las evidencias presentadas durante el desarrollo de la auditoría, reunión de cierre a las 4:00 p.m.

Si en el desarrollo de la auditoria consideran que no hay claridad en la pregunta realizada, no dudar en manifestarlo, es importante darlo a conocer para garantizar la objetividad y buen desarrollo del proceso auditoria.

Alguna pregunta para despejar alguna duda frente a lo expresado.

Se solicita la firma del registro de asistencia.

Se requiere la presencia del Líder del Proceso y su equipo de trabajo en las horas establecidas para la Auditoría.

3. Desarrollo de la auditoria:

La auditoría se desarrolló sin ningún inconveniente y buen ambiente laboral

4. Cierre de la auditoria

La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través de la plataforma PiSAMI y/o de Intranet de la Administración Municipal. La copia o impresión diferente a la publicada, será considerada como documento no controlado y su uso indebido no es responsabilidad de la Alcaldía de Ibagué

 <p>Alcaldía Municipal Ibagué NIT. 800113389-7</p>	Proceso: GESTION DOCUMENTAL	Código: FOR-02-PRO-GD-01	
		FORMATO: ACTA DE REUNION	
	Fecha: 2014/12/19		
	Página: Página 4 de 1		

Se presenta el resumen de los hallazgos una vez se finalice la respectiva auditoría.

Hallazgos

Fortalezas 3:

- Disposición y sentido de pertenencia del equipo auditado
- Compromiso y conocimiento del funcionamiento del proceso
- Trabajo en equipo y buen ambiente laboral

12 Conformidades frente a los numerales: 5.2, 5.3, 5.4, 6.1.2.3, 6.1.3, 6.2.2e, 8.2, 9.1.1, 9.1.2, 10.2, 7.3e.

0 No conformidades

8 Oportunidades de mejora respecto a los numerales: 4.1 y 6.1.1, 4.2, 4.3, 5.1d y 7.1, (6.1.3, 6.1.4, 9.1.1, 9.1.2) 8.1.3 y 10.2d.

RECOMENDACIONES:

Realizar seguimiento a la actualización del Drive del SIG de los temas relacionados con el SGSST.

COMPROMISOS Y TAREAS

El auditor líder : enviar el informe de auditoría

La Jefe de la Oficina debe revisar y validar el informe, validarlo y firmarlo.

La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través de la plataforma PiSAMI y/o de Intranet de la Administración Municipal. La copia o impresión diferente a la publicada, será considerada como documento no controlado y su uso indebido no es responsabilidad de la Alcaldía de Ibagué

 <p>Alcaldía Municipal Ibagué NIT. 800113389-7</p>	<p>Proceso: GESTION DOCUMENTAL</p>	<p>Código: FOR-02-PRO-GD-01</p>	
	<p>FORMATO: ACTA DE REUNION</p>	<p>Versión: 01</p>	
	<p>Fecha: 2014/12/19</p>		
	<p>Página: Página 5 de 1</p>		

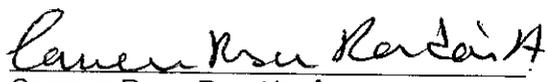
Siendo las 4:13 pm se da por terminada la auditoria, en constancia firman:



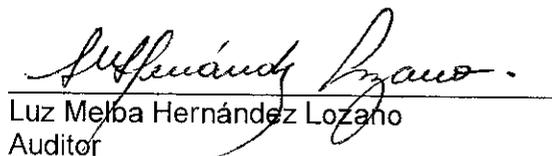
 Javier Mauricio Gómez Galindo
 Profesional Especializado



 Mabel Marcela Castaño Rojas
 Directora de Talento Humano



 Carmen Rosa Rondón Aranzález
 Auditor Líder



 Luz Melba Hernández Lozano
 Auditor



AUDITORÍA N°:	FECHA:	LUGAR:
001	15/08/23	Grupo SGSST
PROCESO AUDITADO:	Sistema de Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo	
PERSONAS AUDITADAS	Ana María Triana Lombana- Secretaria Administrativa, Mabel Marcela Castaño Rojas – Directora de Talento Humano, Javier Mauricio Gómez – Profesional, Patricia Caro – Técnico Operativo y contratistas Grupo SGSST.	
EQUIPO AUDITOR	Carmen Rosa Rondón Aranzález – Auditor Líder Luz Melba Hernández Lozano – Auditor	
OBJETIVO DE LA AUDITORIA.		
Verificar la conformidad, mediante evidencia objetiva el estado de avance de las actividades orientadas a la mejora continua del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.		
ALCANCE DE LA AUDITORIA:		
El Alcance del Proceso de Auditoría está determinado al SGSST.		
CRITERIOS DE AUDITORIA:		
<ul style="list-style-type: none"> • Manual del Sistema Integrado de Gestión HSEQ y sus anexos. • Norma ISO 19011:2018. • Norma ISO 9001:2015. • Norma ISO 14001:2015. • Norma ISO 45001:2018. • Decreto 1000-612, 1000-613 y 1000-614 del 23 de septiembre de 2023 Normograma del SGSST. 		
RELACIÓN HALLAZGOS DE LA AUDITORÍA:		
Hallazgos	Cantidad	Comentarios (cuando aplique)
FORTALEZAS	3	
CONFORMIDADES	12	
NO CONFORMIDADES	0	
OPORTUNIDADES DE MEJORA	8	

La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través de la plataforma institucional establecida para el Sistema Integrado de Gestión; la copia o impresión de este documento será considerada como documento NO CONTROLADO



FORTALEZAS:

Disposición y sentido de pertenencia del equipo auditado.

Compromiso y conocimiento del funcionamiento del proceso

Trabajo en equipo

HALLAZGOS			
C	NC	OM	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO
		X	Mediante la herramienta FODA se encuentran determinadas las cuestiones internas y externas de la entidad pertinentes para dar cumplimiento al propósito del SGSST y que, a su vez, afecta la capacidad de la entidad para alcanzar los resultados previstos en el sistema; sin embargo, las debilidades y amenazas identificadas en la herramienta citada, no guardan coherencia con las causas (debilidades y amenazas) y las acciones o medidas a implementar para abordar los riesgos y la planificación del SGSST; tal como lo registra la matriz de riesgos y oportunidades publicada en link SIGAMI de la página web de la entidad. Situación que conlleva a que se presente OPORTUNIDAD DE MEJORA frente al numeral 6.1.1 de la ISO 45001:2018 descrito: Generalidades. La oportunidad de mejora obedece a que al planificar el SGSST se debe considerar la información registrada en la herramienta de gestión que contiene las cuestiones internas y externas referidas en el apartado 4.1 y determinar riesgos y oportunidades; para asegurar que el SGSST alcance los resultados previstos y prevenir los efectos no deseados.
		X	Al indagar que se encuentren determinadas las partes interesadas y sus necesidades y expectativas del SGSST, se evidencia que están documentas en el formato descrito: Identificación y priorización de necesidades y expectativas de los clientes y demás partes interesadas, publicado en el link SIGAMI de la página web de la entidad; sin embargo, se observa que en la priorización de las necesidades y expectativas de las partes interesadas a través de la herramienta interés de interés y poder; los funcionarios públicos se encuentran priorizados con mediano poder (2) y alto interés (3), desconociendo que los funcionarios públicos serian la parte interesada que presenta alto poder e interés para el SGSST, en atención a que el objetivo y resultado esperado del sistema bajo norma ISO 45001:2018 es: Prevenir lesiones y deterioro de la salud de los trabajadores, por lo tanto, en la priorización de las necesidades expectativas, los funcionarios públicos deben estar clasificados con alto poder e interés para centrar la gestión en satisfacer las necesidades y expectativas de esta parte interesada. Situación que genera OPORTUNIDAD DE MEJORA frente al numeral 4.2 de la ISO 435001:2018 descrito: Comprensión de las necesidades y expectativas de los trabajadores y otras partes interesadas.

La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través de la plataforma institucional establecida para el Sistema Integrado de Gestión; la copia o impresión de este documento será considerada como documento NO CONTROLADO



HALLAZGOS			
C	NC	OM	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO
		X	Se presenta OPORTUNIDAD DE MEJORA sobre el numeral 4.3 de la ISO 45001:2018 descrito: Determinación del alcance del SGSST, debido a que al consultar el alcance del SIG en el manual HSEQ se evidencia que no cubre los procesos: Gestión catastral y gestión de la participación y convivencia ciudadana, creados en la vigencia 2023, y a su vez, no responde a las necesidades y expectativas de los clientes y partes interesadas de la Dirección de Justicia, ubicada en la calle 14 entre carrera 3ª y 4ª para dar cobertura a las actividades, productos y servicios bajo el control e influencia de la organización que puedan tener impacto en el desempeño del SGSST.
		X	Al consultar el presupuesto asignado para establecer, implementar, mantener y mejorar el SGSST, se evidencia que no cuenta con los recursos necesarios; aspecto sobre el cual ya tienen formulado plan de mejora, producto de la auditoría interna de la vigencia 2022, presentando como avance de la gestión realizada, el correo emitido el 11 de noviembre de 2022 a la Secretaría Administrativa y la Dirección de Talento Humano, solicitando asignar \$404.960.000 para el desarrollo de las actividades programadas del sistema que requieren afectación financiera; sin embargo, la gestión no fue efectiva debido a que para la vigencia 2022 se asignó \$356.494.349 y para la vigencia 2023 \$ 285.778.907; es decir, en vez de incrementar el presupuesto para la vigencia 2023 se redujo en 19,8%. Por lo tanto, se concluye que se continúa presentando OPORTUNIDAD DE MEJORA frente al numeral 5.1d (Liderazgo y compromiso) y 7.1 (Recursos) de la norma ISO 45001:2018 , debido a que la alta dirección de forma reiterada no demuestra liderazgo y compromiso respecto al SGSST, garantizando los recursos necesarios para implementar, mantener y mejorar el sistema.
X			En el desarrollo de la auditoría el personal entrevistado, demuestra que las políticas del SGSST se encuentran documentadas, socializadas y entendidas. Generando CONFORMIDAD frente a los numerales 5.2 Política y 7.3 Toma de Conciencia de la norma ISO 45001:2018 .
X			Se presenta CONFORMIDAD sobre el numeral 7.3 de las normas ISO 45001:2018 ; en razón a que, a través de entrevista al grupo SGSST, se evidenció que el nivel directivo y operativo tiene claro como aporta su equipo de trabajo al cumplimiento de los objetivos del SGSST.
X			Se presenta CONFORMIDAD frente al numeral 5.3 de la norma ISO 45001:2018 , debido a que, al indagar si los roles y responsabilidades sobre el SGSST se encuentran asignados, comunicados y documentados, se evidencia que se encuentran asignados y documentados en el manual del HSEQ versión 2, documento del proceso Sistema integrado de gestión y a su

La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través de la plataforma institucional establecida para el Sistema Integrado de Gestión; la copia o impresión de este documento será considerada como documento **NO CONTROLADO**



HALLAZGOS			
C	NC	OM	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO
			vez, se encuentran socializados en los procesos de inducción y reinducción.
X			Al consultar si la entidad establece, implementa y mantiene procesos para la consulta y participación de los trabajadores, en el desarrollo de la planificación, implementación, evaluación del desempeño y las acciones de mejora del SGSST; se evidencia que se cuenta con el plan de comunicaciones, está conformado e implementado el Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo – COPASST y el Comité de Convivencia Laboral; conformado a través de convocatoria y actos administrativos y documentados en el manual HSEQ versión 2 del proceso SIG. Como registros de implementación del COPASST se presentó las actas del comité realizado el 27/01/23 y 29/03/23, así mismo, se tuvo acceso registros de implementación del comité de convivencia, entre los cuales está el informe del trimestre noviembre de 2022 a enero de 2023, registrando 3 casos recibidos e intervenidos y las actas de reuniones ordinarias realizadas el 3 de febrero de 2023 y el 30 de abril de 2023, relacionado en ellas que no se presentaron casos de acoso laboral. Generando CONFORMIDAD respecto al numeral 5.4 literales a y e de la ISO 45001:2018.
		X	Al consultar el normograma del SGSST e indagar mediante entrevista al personal que participó en el desarrollo de la auditoria, fue evidente que el normograma del SGSST no contiene la totalidad de requisitos normativos del sistema; debido a que presenta ausencia de la ley 55 de 1993, por medio de la cual se aprueba el "Convenio No. 170 y la recomendación número 177 sobre la seguridad en la utilización de los productos químicos en el trabajo", adoptados por la 77a. reunión de la conferencia general de la O.I.T., Ginebra, 1990. Así mismo, el nomograma no contiene la resolución No. 2764 de 2022, expedida por el Ministerio de Trabajo, por la cual se adopta la batería de instrumentos para la evaluación de factores de riesgo psicosocial, la guía técnica general para la promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos en la población trabajadora, los protocolos específicos y se dictan otras disposiciones; finalmente, la herramienta citada presenta ausencia de la ley 2209 de 2022, por medio de la cual se modifica el artículo 18 de la ley 1010 de 2006, fijando el tiempo de caducidad de las acciones derivadas del acoso laboral en Colombia. Estableciendo que las acciones derivadas del acoso laboral caducarán en tres (3) años a partir de la fecha en que hayan ocurrido las conductas a que hace referencia esta Ley. Situación que permite concluir que se presenta oportunidad de mejora frente a los siguientes numerales de la ISO 45001: 2018:

La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través de la plataforma institucional establecida para el Sistema Integrado de Gestión; la copia o impresión de este documento será considerada como documento NO CONTROLADO



HALLAZGOS			
C	NC	OM	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO
			<p>- 6.1.3 determinación de los requisitos legales y otros requisitos</p> <p>- 9.1.1 a 1: Grado en que se cumplen los requisitos legales y otros requisitos.</p>
		X	<p>Al consultar si existe articulación en el Plan Anual del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo, con el plan formulado para mantener y mejorar el SGSST, el generado resultado de la autoevaluación del cumplimiento de los estándares mínimos del SST (artículo 26 de la resolución 312 de 2019, expedida por el Ministerio de Trabajo) y el que establece el Decreto 612 de 2018 del orden nacional; se concluye que las acciones programadas a realizar en la matriz de autoevaluación de los estándares mínimos del SSST, no hacen parte de las acciones programadas a realizar en el Plan Anual del SGSST, publicado en la página web de la entidad en el link de transparencia y acceso de la información. Presentando Oportunidad de Mejora frente al numeral 6.1.4 de la ISO 45001:2018 Planificación de acciones (integración de las acciones del SGSST para abordar los requisitos legales y otros requisitos).</p>
		X	<p>Se presenta Oportunidad de Mejora frente al numeral 8.1.3 de la norma ISO 45001:2018, debido a que, en el evento del cambio de sede de la Dirección de Justicia, no se realizó la actualización del plan de emergencias y la matriz de riesgos y peligros. Sin embargo, se evidencia que el 3 de marzo de 2023 personal que hace parte del grupo del SGSST realizó visita de inspección, según información relacionada en el formato de informe de inspección de seguridad presentado; registrando en él, las acciones de mejora que debe realizar el propietario del inmueble y a su vez, el resultado de la visita de seguimiento a la implementación; realizada el 1 de agosto del año en curso.</p>
		X	<p>Al consultar el estado de implementación de las acciones correctivas formuladas para subsanar los hallazgos formulados, como resultado de la auditoría interna y externa realizada al SGSST en la vigencia 2022, se evidencia que presentan bajo nivel de implementación; con periodo de ejecución vencido y próximo a vencer, sumado a lo anterior se evidencia que producto de la auditoría interna de la vigencia 2022 esta vigente la implementación de las acciones formuladas para subsanar el hallazgo sobre la oportunidad de mejora frente al numeral 6.1.4 de la norma ISO 45001:2018 por ausencia de evaluación del Plan anual del SGSST, de ahí que al consultar la hoja de vida del indicador formulado para subsanar el hallazgo, se evidencia que la</p>

La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través de la plataforma institucional establecida para el Sistema Integrado de Gestión; la copia o impresión de este documento será considerada como documento NO CONTROLADO



HALLAZGOS			
C	NC	OM	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO
			formula diseñada no es coherente para evaluar la eficacia o porcentaje de cumplimiento del Plan Anual del SGSST, en razón a que corresponde a la formula diseñada para evaluar el nivel de implementación de los estándares mínimos establecidos en la resolución 312 de 2019. Generando oportunidad de mejora frente al numeral 10.2 literales d y f de la ISO 45001:2018.
X			Al indagar sobre la contribución del grupo del SSST al SGSST, dejan claro que contribuyen al cumplimiento de los objetivos y eficacia del sistema, y a su vez, tienen claro las consecuencias del incumplimiento de los requisitos de la norma. Generando conformidad frente al numeral 7.3 Toma de conciencia.
X			Se presenta conformidad frente al numeral 9.1.1 de la ISO 45001:2018, en el sentido de que se aseguran que los equipos de seguimiento y medición se calibren. Situación evidenciada al indagar si se cercioran que los equipos de medición empleados en los exámenes médicos laborales, se encontrarán calibrados, aspecto sobre el cual se presentó las certificaciones de calibración de los luxómetros, tensiómetros y termómetros utilizados.
X			Al consultar si se realiza actividades de promoción y control a la salud de los funcionarios, se evidencia a través de muestreo aleatorio que realizan evaluaciones medicas de ingreso, ocupacionales y al retiro de los funcionarios. Registrando cumplimiento del artículo 3 capítulo II de la resolución 2346 de 2007, expedida por el Ministerio de Protección Social, "Por la cual se regula la práctica de evaluaciones médicas ocupacionales y el manejo y contenido de las historias clínicas ocupacionales", para finalmente concluir que se presenta conformidad frente al numeral 9.1.2c de la ISO 45001:2018. Mantener conocimiento del estado de cumplimiento de los requisitos legales y otros requisitos.
X			Al indagar sobre que mecanismos tiene la entidad para evaluar el cumplimiento de los objetivos del SGSST, se evidencia que se encuentran documentados y aplicados los indicadores establecidos en el artículo 30 de la resolución 312 de 2019, expedida por el Ministerio de Trabajo y a su vez, el indicador de cumplimiento de los estándares mínimos y el de eficacia del Plan Anual de Trabajo del SGSST, sobre el cual se encuentra vigente un plan de mejora. Presentando CONFORMIDAD frente a los numerales 6.2.2 literal e y 9.1 de la ISO 45001:2018. Descritos: Determinar cómo se evaluarán los resultados incluyendo los Indicadores de seguimiento y determinar cuándo se debe realizar seguimiento y medición.

La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través de la plataforma institucional establecida para el Sistema Integrado de Gestión; la copia o impresión de este documento será considerada como documento NO CONTROLADO



HALLAZGOS			
C	NC	OM	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO
X			Se presenta CONFORMIDAD frente al numeral 8.2 de la norma ISO 45001:2018. Descrito: Preparación y respuesta ante emergencias; en razón a que la entidad cuenta con planes de emergencia y ha realizado ejercicio de preparación y respuesta a emergencia en el periodo evaluado.
X			Se presenta CONFORMIDAD frente a los numerales 6.1.2.1, 6.1.2.2 y 8.1.2 de la ISO 45001:2018 descritos: Identificación de peligros, evaluación de riesgos para el SGSST y eliminar peligros y reducir riesgos, debido a que al consultar la matriz de riesgos y peligros se evidencia que se encuentra documentada a través de la aplicación de los lineamientos establecidos en la Norma Técnica Colombiana - GTC 45 de 2012.
X			Se presenta CONFORMIDAD frente al numeral 10.2 literal a de la ISO 45001:2018 descrito: reaccionar de manera oportuna ante el incidente , en razón a que al consultar el indicador de incidentes se evidencia que se presentó 29 accidentes en personal adscrito a la Secretaria de Transito, ocasionados principalmente por altercados contra guardas de seguridad; sin embargo, la tendencia del resultado del indicador es decrecer; demostrando que las acciones de mejora formuladas e implementadas como resultado de la investigación de incidentes, contribuyen a la reducción de incidentes laborales.
X			Al indagar si la entidad establece, implementa y mantiene comunicación sobre el SGSST, se evidencia que en el numeral 4.1 del plan estratégico de comunicaciones se defina que comunica, cuando comunica y a quien se comunica; respecto al SGSST. Presentando CONFORMIDAD frente al numeral 7.4.1 y 7.4.2 de la ISO 45001:2018 descrito: generalidades y comunicación interna.

RESULTADO DE LA REVISIÓN DE LAS ACCIONES CORRECTIVAS Y/O DE MEJORA PARA LAS NO CONFORMIDADES Y OBSERVACIONES DETECTADAS EN LA AUDITORIA ANTERIOR:

NC	OM	Descripción de la no conformidad U Oportunidad de Mejora y el numeral de la norma	Evidencia obtenida que soporta la solución (Incluir el % de avance)	¿Fue eficaz la Acción ?		¿Se procede al cierre de la Acción?	
				Si	No	Si	No

La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través de la plataforma institucional establecida para el Sistema Integrado de Gestión; la copia o impresión de este documento será considerada como documento NO CONTROLADO



X	De acuerdo a la verificación del presupuesto asignado al Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo, y el valor estimado para la ejecución de los programas, se observa que estos son insuficientes para su implementación, mantenimiento y mejora, lo cual pone en riesgo el cumplimiento de los objetivos del sistema, por lo tanto, se presenta una OPORTUNIDAD DE MEJORA en el numeral 5.1.d Compromiso de la Dirección y 7.1 Recursos de la norma ISO 45001:2018	Correo emitido el 11 de noviembre de 2022 a la Secretaría Administrativa y la Dirección de Talento Humano, solicitando asignar \$404.960.000 para el desarrollo de las actividades programadas del sistema que requieren afectación financiera; sin embargo, la gestión no fue efectiva debido a que para la vigencia 2022 se asignó \$356.494.349 y para la vigencia 2023 \$ 285.778.907; es decir, en vez de incrementar el presupuesto se redujo en 19,8%.			X		X
X	La Entidad cuenta con la matriz de Riesgos y Oportunidades según se evidencia en el formato FOR-26-PRO-SIG-01, no obstante, se establece que en su definición no fueron consideradas las cuestiones referidas en el Contexto, apartado 4.1 (DOFA) y los requisitos de las partes interesadas, siendo ese un factor de riesgo para alcanzar los resultados previstos del sistema y reducir los efectos no deseados. Por lo anterior se establece OPORTUNIDAD de Mejora al numeral 6.1.1 Generalidades de las Acciones para abordar los riesgos de la norma ISO 45001:2018	Acta de reunión del 20 de abril de 2022 y matriz de riesgos y oportunidades actualizada, publicada en el link SIGAMI publicada el 9 de agosto de 2023	X			X	
X	Evaluación de las oportunidades para el SST y otras oportunidades para el SST de la Norma ISO 45001:2018, ya que al verificar	Se encuentran en proceso de implementación de		X			X

La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través de la plataforma institucional establecida para el Sistema Integrado de Gestión; la copia o impresión de este documento será considerada como documento NO CONTROLADO



	una de las oportunidades identificadas en la matriz de Riesgos y Oportunidades, seleccionada al azar, (Mantener la Imagen de la Entidad), se observan deficiencias en la evaluación, por cuanto no presentaron evidencia de esta actividad, por lo que la omisión a este requisito de la norma puede afectar el desempeño del SST y su mejora continua.	las acciones de mejora.				
X	OPORTUNIDAD DE MEJORA 6.1.2.3 Evaluación de las oportunidades para el SST y otras oportunidades para el SST de la Norma ISO 45001:2018, ya que al verificar una de las oportunidades identificadas en la matriz de Riesgos y Oportunidades, seleccionada al azar, (Mantener la Imagen de la Entidad), se observan deficiencias en la evaluación, por cuanto no presentaron evidencia de esta actividad, por lo que la omisión a este requisito de la norma puede afectar el desempeño del SST y su mejora continua.	Se encuentran en proceso de implementación de las acciones de mejora.		X		X
X	La Entidad cuenta con el Plan de trabajo anual de SST, actualizado en la presente vigencia, tal como consta en el correo del 26/01/2022 remitido a SIGAMI, del Grupo de SST, observando que este contiene acciones para abordar los riesgos y oportunidades, los requisitos legales y las emergencias entre otros, no obstante no tiene definida la forma de evaluar la eficacia de las acciones, lo cual puede afectar la mejora continua del Sistema, por lo que se determina una OPORTUNIDAD DE MEJORA al numeral 6.1.4 Planificación de Acciones de la norma ISO	Actas 8 y 13 de marzo. Acta 26 de abril, del grupo SST y hoja de vida de los indicadores del SST, sin embargo, al consultar la hoja de vida del indicador creado, la formula de medición no permite medir el nivel de ejecución de las actividades programadas en el Plan Anual del SGSST.		X		X

La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través de la plataforma institucional establecida para el Sistema Integrado de Gestión; la copia o impresión de este documento será considerada como documento NO CONTROLADO



PROCESO: SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

Código: FOR-018-PRO-SIG

Versión: 04

FORMATO: INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

Fecha: 25/02/2022

Página: 10 de 14



	45001:2018					
X	La Entidad cuenta con la matriz de objetivos e Indicadores, en la cual se encuentran detallados los objetivos para el SST que establece el Decreto 1072 artículo 2.2.4.6.18 y las consideraciones de la norma, no obstante estos no se encuentran incluidos y fácilmente identificados en los objetivos definidos para el HSEQ, observando que estos son muy generales, por lo que se establece OPORTUNIDAD DE MEJORA al numeral 6.2 Objetivos del SST de la norma 45001:2018, para que sean incluidos formalmente en el Sistema HSEQ y sean objeto de seguimiento, comunicación y actualización.	Se encuentran en proceso de implementación de las acciones de mejora.		X		X
X	OPORTUNIDAD DE MEJORA al numeral 7.5.2 Creación y Actualización de la norma ISO 45001:2018 , en razón a que se evidenció la utilización de formato de Lecciones Aprendidas sin la información del código del Formato, versión y fecha.	Se encuentran en proceso de implementación de las acciones de mejora.		X		X
X	La Entidad cuenta con el listado maestro de documentos, no obstante, se observó que el plan de trabajo y el plan de emergencia publicados en el portal web no corresponden a los planes actualizados, por lo que se establece OPORTUNIDAD DE MEJORA 7.5.3 Control de Información Documentada de la Norma ISO 45001:2018.	Se encuentran en proceso de implementación de las acciones de mejora.		X		X

La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través de la plataforma institucional establecida para el Sistema Integrado de Gestión; la copia o impresión de este documento será considerada como documento NO CONTROLADO



X	<p>La Entidad cuenta con el procedimiento y formato plan de Gestión del Cambio, en el que se verificaron las acciones realizadas por parte del Grupo del SST frente al traslado de sede de la Secretaría de Salud, evidenciando que la intervención fue posterior al traslado, lo cual evidencia que no fue de manera planificada. Las intervenciones posteriores y no planeadas pueden impactar negativamente el desempeño del SST al no considerarse previamente las condiciones de trabajo, los riesgos y oportunidades, igualmente en el plan no se evidenció la gestión del cambio por las nuevas condiciones laborales relacionadas con el cambio de horario por lo que se declara OPORTUNIDAD DE MEJORA al numeral 8.1.3 Gestión el Cambio de la Norma ISO 45001:2018.</p>	<p>Se encuentran en proceso de implementación de las acciones de mejora.</p>		x		x
X	<p>Al verificar el plan IPVER, se establece que, aunque se encuentre formulado y actualizado de conformidad con la metodología definida, se determina OPORTUNIDAD DE MEJORA al numeral 8.1.2, de la norma ISO 45001:2018, porque la Entidad no está garantizando la eliminación de los peligros y la reducción de los riesgos, según las siguientes situaciones evidenciadas: - En la entrega de elementos de protección personal se evidencia que se han realizado entregas a Agentes de Tránsito y elementos de Bioseguridad a personal en general, no obstante, se observa que en la caracterización del personal que requiere de equipos de protección individual adecuados se omitieron</p>	<p>Se encuentran en proceso de implementación de las acciones de mejora.</p>		x		x

La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través de la plataforma institucional establecida para el Sistema Integrado de Gestión; la copia o impresión de este documento será considerada como documento NO CONTROLADO



	los técnicos de la Secretaría de las TIC que brindan soporte técnico, por lo que se hace necesario actualizar el EPP identificando todos el personal que lo requiera y suministrar lo necesario, a fin de evitar situaciones no deseadas - Las condiciones inadecuadas en las instalaciones de la Secretaría de movilidad tales como deficiente ventilación, iluminación artificial, humedad en paredes, ausencia de descanso pies y soportes para portátiles					
X	OPORTUNIDAD DE MEJORA al numeral 8.1.4 Compras de la norma ISO 45001:2018 ya que la compra de productos y servicios no se encuentra controlada para asegurar la conformidad del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, y aun cuando ya se tiene establecido un anexo para incluir los controles y cumplir con los requisitos de la norma, el cual fue elaborado como acción correctiva de un hallazgo de la Auditoría Externa, no se evidenció que este documento se encuentre en firme y que esté siendo aplicado	Se encuentran en proceso de implementación de las acciones de mejora.		X		X
X	Al verificar los planes de mejora producto de la auditoría Externa, y solicitar la evidencia del cumplimiento de las acciones propuestas, los auditados manifiestan no contar con los soportes, porque según su declaración, estos planes son coordinados desde la Dirección de Fortalecimiento Institucional en razón a que hicieron parte de la auditoría al Sistema Integrado HSEQ. Por lo tanto, se determina OPORTUNIDAD DE MEJORA al numeral 10.1 Generalidades de la	Se encuentran en proceso de implementación de las acciones de mejora.		X		X

La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través de la plataforma institucional establecida para el Sistema Integrado de Gestión; la copia o impresión de este documento será considerada como documento NO CONTROLADO



		norma ISO 45001:2018, para que el Grupo de SST se apropie de las acciones correctivas que son pertinentes al SGSST.					
X		NO CONFORMIDAD al numeral 9.3 Revisión por la Dirección de la norma ISO 45001:2018, en razón a que no se evidenció que la Alta Dirección haya comunicado a los trabajadores los resultados pertinentes de las revisiones de la Dirección, ni haya efectuado rendición de cuentas del estado del SST.	Acta 03, comité técnico SIGAMI del 14 de agosto de 2023, No obstante, está pendiente la verificación y la rendición de la cuenta sobre SGSST		X		X
X		NO CONFORMIDAD al numeral 10.2 Incidentes, No Conformidades y Acciones Correctivas de la norma ISO 45001:2018, ya que se evidenció que los integrantes del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo, no participa en todas las investigaciones de los accidentes y que no se realizó socialización al personal adscrito al área del trabajador que sufrió el accidente.	Actas del COPASST de agosto, septiembre, octubre de 2022 y actas del 20 y 27 de febrero de 2023 - 31 de marzo de 2023- 1 de mayo de 2023 - 29 de mayo de 2023y 30 de junio de 2023. Sumado a lo anterior, en la información registrada en las actas del comité realizado en abril y junio del año en curso se registra el seguimiento a la implementación de las acciones correctivas. De ahí que se cierra la acción de mejora.	X		X	

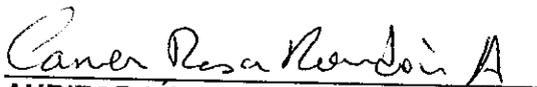


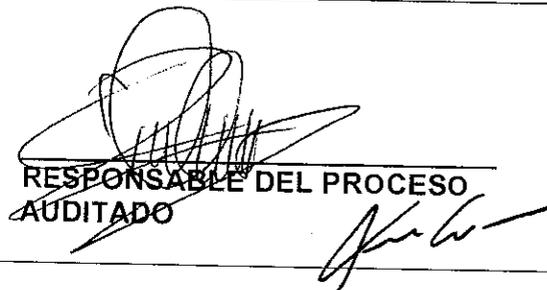
	X	8 NC menores, producto de la auditoria externa realizada por el ICONTEC, generadas por incumplimiento de los numerales: 9.3b)4), 6.1.2.e.2, 8.1.3b, 8.1, 9.1.a.3 y 9.2.2e. de la norma ISO 45001:2018	Durante el desarrollo de la auditoria no se tuvo acceso a evidencias que demostraran la implementación de las acciones de mejora formuladas para subsanar y cerrar los hallazgos, debido a que el personal auditado ingreso vía correo al drive del SIGAMI y no tuvo acceso a evidencias y tampoco las presentó en físico; razón por la cual, no se determinó el nivel de implementación de las acciones de mejora.		X		X
--	---	---	---	--	---	--	---

OBSTACULOS ENCONTRADOS:

Considerando la complejidad e importancia del sistema y que el plan de auditoria tenga como objetivo: Verificar la conformidad y estado de avance de las actividades orientadas a la mejora, el tiempo programado para realizar la auditoria no fue suficiente; debido a que sobre el SGSST bajo la norma ISO 45001:2018 se encuentran formulados 22 hallazgos (2 NC y 12 oportunidades de mejora de la auditoria Interna y a su vez las 8 NC menores de la auditoria externa – ICONTEC). Situación que conlleva a que el equipo auditor se encontrara con limitaciones de tiempo y personal auditor insuficiente, para realizar un mayor muestreo del cumplimiento normativo de la norma ISO 45001:2018.

FIRMAS


 AUDITOR LÍDER


 RESPONSABLE DEL PROCESO
 AUDITADO



Alcaldía Municipal
Ibagué
NIT. 800113389-7

PROCESO: SISTEMA INTEGRADO DE GESTION

FORMATO: PLANILLA DE ASISTENCIA INTERNA

Código:
FOR-08-PRO-SIG-03
Versión: 03
Fecha:
2019/04/25
Página: 1 de 1



TEMA DE REUNION	<i>Auditoria Interna</i>			SECRETARIA	<i>Adriana Esteban</i>	
FECHA	<i>10-09-2013</i>	HORA DE INICIO	<i>9:00 am</i>	HORA FINALIZACION	<i>4:00 pm</i>	LUGAR
						<i>Talcahuano Municipal</i>

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	DEPENDENCIA	CORREO ELECTRONICO	TELEFONO	FIRMA
1	<i>Camilo Zamora</i>	<i>Prof Esp. Auditor</i>	<i>OCT</i>	<i>Carolina Zamora</i>	<i>314 4740694</i>	<i>[Signature]</i>
2	<i>Luz Melba Hernandez Sorano</i>	<i>Profesional Especializado</i>	<i>Planificación Fortalecimiento I</i>	<i>loremelbahe@hotmail.com</i>	<i>3152335372</i>	<i>[Signature]</i>
3	<i>Alfredo Tena A</i>	<i>Asesor Act</i>	<i>SST</i>	<i>alfredos@pmil.com</i>	<i>317 4044426</i>	<i>[Signature]</i>
4	<i>Javier M. Gomez</i>	<i>Prof. Especializado</i>	<i>S.S.T Municipal</i>	<i>javier.gomez@hotmail.com</i>	<i>3214572978</i>	<i>[Signature]</i>
5	<i>Ana María Troncal</i>	<i>Secretaria</i>	<i>Administrativa</i>	<i>amiltontronecal@gmail.com</i>	<i>3207922593</i>	<i>[Signature]</i>
6	<i>Patricia Caro</i>	<i>Tec. Operativa</i>	<i>S-S.T.</i>	<i>paty.caros@hotmail.com</i>	<i>313.27.62747</i>	<i>[Signature]</i>
7	<i>Edna Enciso Gonzalez</i>	<i>Contratista</i>	<i>SST</i>	<i>ednencisog@gmail.com</i>	<i>3245923430</i>	<i>[Signature]</i>
8	<i>Martha Ruth Huaran H.</i>	<i>Contratista</i>	<i>SST</i>	<i>marmarhuar@ymail.com</i>	<i>315.3185059</i>	<i>[Signature]</i>
9	<i>Laura Peragos</i>	<i>Contratista</i>	<i>SST</i>	<i>laur.peragos300@hotmail.com</i>	<i>314 4064801</i>	<i>[Signature]</i>
10	<i>Guillermo Lopez</i>	<i>Contratista</i>	<i>SST</i>	<i>guillermolopez2009@yahoo.com</i>	<i>3153203203</i>	<i>[Signature]</i>
11	<i>Maider Cadena</i>	<i>Directiva</i>	<i>T-H</i>	<i>talcahuano@ibague.gov.co</i>	<i>3214031185</i>	<i>[Signature]</i>



Alcaldía Municipal
Ibagué
NIT. 800113389-7

PROCESO: SISTEMA INTEGRADO DE GESTION

Código:
FOR-08-PRO-SIG-03

Versión: 03

Fecha:
2019/04/25

Página: 1 de 1

FORMATO: PLANILLA DE ASISTENCIA INTERNA

Auditoria Externa

Adriana's Burbules
Talento Humano - SST

TEMA DE REUNION

SECRETARIA

FECHA
10-08-2023

HORA DE INICIO

8:00 am.

HORA FINALIZACION

4:00 pm.

LUGAR

Talento Humano
OF. 108

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	DEPENDENCIA	CORREO ELECTRONICO	TELEFONO	FIRMA
1	Jacqueline Ayala	Contratista	SST	Jacqueline12@gmail.com	317820234	Jacqueline
2	Juliana Andrea Bonilla	Contratista	SST	Julianabonilla13@hotmail.com	3227133819	Juliana Bonilla
3	Alba Lucia Quintana	Contratista	SST	alba31@hotmail.com	3114839982	<i>[Signature]</i>
4	Martha Inés Jimenez	Contratista	SST	martines76@hotmail.com	3008128533	Martha Inés Jimenez
5	Angie Villanueva	Contratista	SST	angie-132121@hotmail.com	3142499987	Angie Villanueva
6	Danna Camila Quiroga	Contratista	SST	camqui108@gmail.com	3154109613	Camila Quiroga
7	Jean Sebastian Camacho	Contratista	SST	Jean.Camacho75@hotmail.com	3733529942	Jean Sebastian Camacho



Fecha de evaluación: 10/08/2023	Proceso auditado: Sistema de Gestión SST ISO45001	Nombre del Auditor evaluado: Luz Melba Hernández
---	---	--

Agradecemos su colaboración en el desarrollo de la auditoria y a continuación, le solicitamos diligenciar de la manera más objetiva posible, la siguiente evaluación, la cual será utilizada como herramienta de retroalimentación y mejora para los auditores internos de la Institución:

NOTA: La calificación se realizará con ponderación de 1 a 5, así:

- 1: No observado – no cumple menor al 20%
- 2: Observado pocas veces - Cumple entre el 20% y el 59%
- 3: Observado algunas veces cumple entre el 60% y el 79%
- 4: Observado y Evidenciado - cumple entre el 80% y el 99%
- 5: Muy característico en esta persona – cumple al 100%

ASPECTOS A EVALUAR	Puntaje obtenido
1. AUDITORIA	
¿La auditoría se realizó de acuerdo con lo definido en el Plan de Auditoría?	5
¿El auditor utilizó una metodología adecuada para la realización de la Auditoria?	5
¿El auditor explicó los objetivos de la Auditoría?	5
¿Se cumplieron los objetivos de la Auditoría?	5
¿El Auditor da tiempo adecuado para dar respuestas a las preguntas?	5
¿El tipo de preguntas que utiliza son claras?	5
¿Expresa objetivamente la evidencia que respalda el hallazgo de una no conformidad?	5
2. CONOCIMIENTOS	
¿Conocía el Auditor los requisitos a Auditar?	5
¿Conocía el Auditor la Legislación y Reglamentos aplicables al proceso Auditado?	5
3. ATRIBUTOS PERSONALES Y FUNCIONALES DEL AUDITOR	
¿Es de mente Abierta? (Dispuesto a considerar ideas o puntos de vista alternativos)	5
¿Es Diplomático? (Posee tacto en el trato con las personas Auditadas)	5
¿Es Buen Observador? (está concentrado en el desarrollo de la Auditoría)	5
¿Es persistente enfocado en lograr el objetivo de la Auditoría?	5
¿Es decidido? (Llega a conclusiones oportunas con base en el análisis lógico)	5
¿Tiene confianza en sí mismo? (se desempeña con seguridad mientras interactúa con los demás)	5

La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través de la plataforma institucional establecida para el Sistema Integrado de Gestión; la copia o impresión de este documento será considerada como documento NO CONTROLADO



Fecha de Evaluación: 10/08/2023	Nombre del Auditor: Luz Melba Hernandez	Periodo de auditoría evaluado: 2023
---	---	---

NOTA: La calificación se realizará con ponderación de 1 a 5, así:
 1: No observado – no cumple menor al 20%
 2: Observado pocas veces - Cumple entre el 20% y el 59%
 3: Observado algunas veces cumple entre el 60% y el 79%
 4: Observado y Evidenciado - cumple entre el 80% y el 99%
 5: Muy característico en esta persona – cumple al 100%

	CRITERIOS DE EVALUACION	Puntaje obtenido
1	Actitud frente a la ejecución de las auditorías	5
2	Cumplimiento del Plan de Auditorías	5
3	Calidad de los informes de auditorías	5
4	Cumplimiento en la entrega de los informes de auditorías	5
5	Reprocesos a los informes de auditoría entregados	5
6	Identificación de los numerales de las Normas y su correspondencia con los hechos auditados	5
7	Trabajo en equipo (Auditor Líder, Auditor en Formación, Auditor acompañante, Observador, Experto Técnico)	5
TOTAL (sumatoria de los ítems evaluados)		35
PROMEDIO (TOTAL /7)		5

Observaciones:

Nombre y Firma del Evaluador: Javier Mauricio Gómez



Fecha de evaluación: 10/08/2023	Proceso auditado: Sistema de Gestión SST ISO45001-2018	Nombre del Auditor evaluado: Carmen Rosa Rondon
---	---	---

Agradecemos su colaboración en el desarrollo de la auditoría y a continuación, le solicitamos diligenciar de la manera más objetiva posible, la siguiente evaluación, la cual será utilizada como herramienta de retroalimentación y mejora para los auditores internos de la Institución:

NOTA: La calificación se realizará con ponderación de 1 a 5, así:

1: No observado – no cumple menor al 20%

2: Observado pocas veces - Cumple entre el 20% y el 59%

3: Observado algunas veces cumple entre el 60% y el 79%

4: Observado y Evidenciado - cumple entre el 80% y el 99%

5: Muy característico en esta persona – cumple al 100%

ASPECTOS A EVALUAR	Puntaje obtenido
1. AUDITORIA	
¿La auditoría se realizó de acuerdo con lo definido en el Plan de Auditoría?	5
¿El auditor utilizó una metodología adecuada para la realización de la Auditoría?	5
¿El auditor explicó los objetivos de la Auditoría?	5
¿Se cumplieron los objetivos de la Auditoría?	5
¿El Auditor da tiempo adecuado para dar respuestas a las preguntas?	5
¿El tipo de preguntas que utiliza son claras?	5
¿Expresa objetivamente la evidencia que respalda el hallazgo de una no conformidad?	5
2. CONOCIMIENTOS	
¿Conocía el Auditor los requisitos a Auditar?	5
¿Conocía el Auditor la Legislación y Reglamentos aplicables al proceso Auditado?	5
3. ATRIBUTOS PERSONALES Y FUNCIONALES DEL AUDITOR	
¿Es de mente Abierta? (Dispuesto a considerar ideas o puntos de vista alternativos)	5
¿Es Diplomático? (Posee tacto en el trato con las personas Auditadas)	5
¿Es Buen Observador? (está concentrado en el desarrollo de la Auditoría)	5
¿Es persistente enfocado en lograr el objetivo de la Auditoría?	5
¿Es decidido? (Llega a conclusiones oportunas con base en el análisis lógico)	5
¿Tiene confianza en sí mismo? (se desempeña con seguridad mientras interactúa con los demás)	5
¿Es Independiente? (Sin conflictos de Interés, Imparcialidad y objetividad)	5
TOTAL (sumatoria de los ítems evaluados)	80
PROMEDIO (TOTAL /16)	5

	PROCESO: SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: FOR-017-PRO-SIG	
		Versión: 03	
	FORMATO: EVALUACIÓN POR AUDITOR LÍDER	Fecha: 25/02/2022	
		Página: 1 de 1	

Fecha de Evaluación: 10/08/2023	Nombre del Auditor: CARMEN ROSA RONDON	Periodo de auditoría evaluado: 2023
---	--	---

NOTA: La calificación se realizará con ponderación de 1 a 5, así:
1: No observado – no cumple menor al 20%
2: Observado pocas veces - Cumple entre el 20% y el 59%
3: Observado algunas veces cumple entre el 60% y el 79%
4: Observado y Evidenciado - cumple entre el 80% y el 99%
5: Muy característico en esta persona – cumple al 100%

	CRITERIOS DE EVALUACION	Puntaje obtenido
1	Actitud frente a la ejecución de las auditorías	5
2	Cumplimiento del Plan de Auditorías	5
3	Calidad de los informes de auditorías	5
4	Cumplimiento en la entrega de los informes de auditorías	5
5	Reprocesos a los informes de auditoría entregados	5
6	Identificación de los numerales de las Normas y su correspondencia con los hechos auditados	5
7	Trabajo en equipo (Auditor Líder, Auditor en Formación, Auditor acompañante, Observador, Experto Técnico)	5
TOTAL (sumatoria de los ítems evaluados)		35
PROMEDIO (TOTAL /7)		5

Observaciones:

Nombre y Firma del Evaluador: Javier Mauricio Gómez

	PROCESO: SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: FOR-017-PRO-SIG	
		Versión: 03	
	FORMATO: EVALUACIÓN POR AUDITOR LÍDER	Fecha: 25/02/2022	
		Página: 1 de 1	

Fecha de Evaluación:	Nombre del Auditor: <i>Luz Melba Hernández Lotano</i>	Período de auditoría evaluado: <i>Enero - Julio / 2023</i>
-----------------------------	---	--

NOTA: La calificación se realizará con ponderación de 1 a 5, así:

- 1: No observado – no cumple menor al 20%
- 2: Observado pocas veces - Cumple entre el 20% y el 59%
- 3: Observado algunas veces cumple entre el 60% y el 79%
- 4: Observado y Evidenciado - cumple entre el 80% y el 99%
- 5: Muy característico en esta persona – cumple al 100%

	CRITERIOS DE EVALUACION	Puntaje obtenido
1	Actitud frente a la ejecución de las auditorías	5
2	Cumplimiento del Plan de Auditorías	5
3	Calidad de los informes de auditorías	5
4	Cumplimiento en la entrega de los informes de auditorías	5
5	Reprocesos a los informes de auditoría entregados	5
6	Identificación de los numerales de las Normas y su correspondencia con los hechos auditados	5
7	Trabajo en equipo (Auditor Líder, Auditor en Formación, Auditor acompañante, Observador, Experto Técnico)	5
TOTAL (sumatoria de los ítems evaluados)		35
PROMEDIO (TOTAL /7)		5

Observaciones: *Demuestra compromiso con las funciones asignadas.*

Nombre y Firma del Evaluador: *César Roser Rondon A*