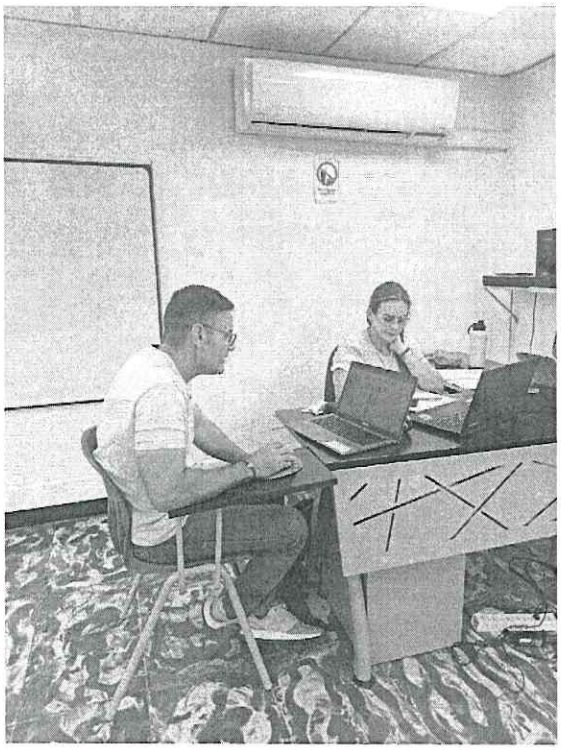
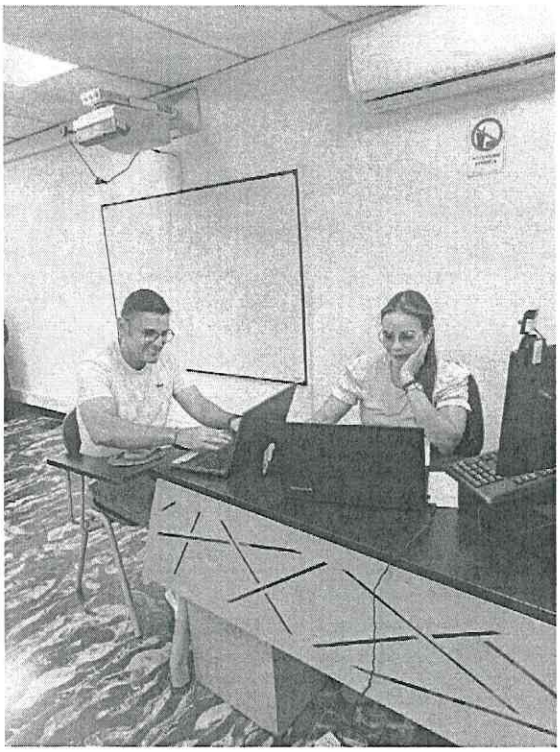
NUMERO DEL CONTRATO:	**169-2026**
OBJETO DEL CONTRATO:	**PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR EN EL PROCESO DE AUDITORIA INTEGRAL AL SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO EN CONJUNTO CON EL PLAN ESTRATÉGICO DE SEGURIDAD VIAL, GARANTIZANDO LA MEJORA CONTINUA EN LA GESTIÓN DE LA SECRETARIA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS EN EL MUNICIPIO DE BUGALAGRANDE, VALLE DEL CAUCA**
CONTRATISTA:	**LUIS GABRIEL SOTO QUINTERO**
LUGAR:	**EDIFICIO CENTRAL ALCALDIA MUNICIPAL**
FECHA DEL REGISTRO FOTOGRÁFICO:	**14/03/2026 AL 22/04/2026**

FOTOGRAFÍA(S) Y/O ANEXO (S)





Realización Auditoria fase 3

Este documento es propiedad de la Alcaldía Municipal de Bugalagrande. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin previa autorización del SGC.



Remisión informe de auditoria Fase 3



Remisión propuesta análisis de causas y planes de acción de auditoria Fase 2

ANALISIS DE HALLAZGOS Y SUGERENCIA PLANES DE MEJORA, AUDITORIA FASE 2

ANÁLISIS DE OBSERVACIÓN (OM) 01

1. Descripción de la Observación / Oportunidad de Mejora

Se verifica que la entidad dispone del instrumento técnico "ASIGNACIÓN Y DOCUMENTACIÓN DE RESPONSABILIDADES Y RENDICIÓN DE CUENTAS EN SST" (Código: FYO-326-33), satisfaciendo el requisito documental. No obstante, bajo los criterios de la Res. 0312 (Est. 1.1.3) y el Dec. 1072 (Art. 2.2.4.6.8, Num. 3), se identifica la necesidad de fortalecer la fase operativa.

La oportunidad de mejora radica en dinamizar la socialización de los mecanismos de reporte para asegurar que los actores clave comprendan los canales y criterios de evaluación. Asimismo, se requiere trascender la entrega anual de informes hacia una gestión proactiva mediante intervalos de revisión periódica que permitan un seguimiento continuo al cumplimiento de metas.

2. Análisis de Causa Raíz (Metodología: 5 Porqués)

1. ¿Por qué es necesario fortalecer la fase operativa si ya existe el documento? Porque la existencia del instrumento no garantiza que los responsables conozcan cómo o cuándo reportar su desempeño de manera efectiva.
2. ¿Por qué los actores clave no comprenden plenamente los canales y criterios? Porque la socialización del instrumento ha sido informativa (entrega del documento) y no formativa (entrenamiento en el reporte).
3. ¿Por qué el seguimiento se limita a una entrega anual y no es proactivo? Porque el sistema ha concebido la rendición de cuentas como un hito administrativo de cierre y no como una herramienta de control de gestión trimestral o semestral.
4. ¿Por qué no se han establecido intervalos de revisión periódica? Porque la planificación actual no integra la rendición de cuentas dentro de los ciclos de seguimiento operativo del Plan de Trabajo Anual.
5. ¿Por qué no se ha integrado al ciclo operativo? Porque se ha priorizado el cumplimiento del requisito legal (tener el formato) sobre la utilidad gerencial del reporte para la toma de decisiones.

Causa Raíz: Enfoque del proceso de rendición de cuentas centrado en la suficiencia documental, con debilidades en la estrategia de comunicación técnica y ausencia de hitos de seguimiento periódico que aseguren la proactividad en el desempeño.

3. Tabla de Acciones del Plan de Mejoramiento

Tipo de Acción	Descripción Técnica	Responsable	Plazo
Acción de Mejora	Diseñar y ejecutar un taller de entrenamiento práctico sobre el uso del instrumento FYO-326-33, dirigido a jefaturas y líderes de proceso, enfatizando en los criterios de evaluación del desempeño.	Contratista de apoyo SST	30 días
Acción Preventiva	Establecer un cronograma de reportes trimestrales de avance en responsabilidades SST, integrándolo como un punto fijo en los comités primarios o reuniones de gestión de cada dependencia.	Secretario de Servicios Administrativos	60 días
Acción de Mejora	Implementar un tablero de control (Dashboard) simplificado donde cada responsable pueda visualizar el estado de cumplimiento de sus metas asignadas antes del cierre anual.	Contratista de apoyo SST	90 días

ANÁLISIS DE OBSERVACIÓN (OM) 02

Requisito: Dec. 1072 Art. 2.2.4.6.8 (Num. 4) / Revisión Presupuestal.

Descripción: Se constata el cumplimiento del requisito legal de verificación presupuestal mediante el ejercicio de revisión anual de los recursos destinados al SG-SST. No obstante, bajo la óptica de mejora continua de la norma ISO 45001, se identifica que el actual intervalo de revisión (anual) es de carácter reactivo, lo que limita la capacidad de respuesta de la entidad ante necesidades emergentes durante la vigencia. Se sugiere establecer un mecanismo de monitoreo con intervalos de revisión más frecuentes (trimestrales o semestrales) que permita una gestión proactiva y preventiva de los recursos, asegurando que las desviaciones presupuestales sean corregidas oportunamente antes de afectar la operatividad del sistema.

2. Análisis de Causa Raíz (5 Porqués)

- ¿Por qué la revisión es reactiva? Porque se realiza al cierre del ejercicio contable anual.

- ¿Por qué se realiza al cierre? Porque no hay un protocolo de seguimiento financiero intermedio para el rubro de seguridad y salud.
- Causa Raíz: Ausencia de una cultura de monitoreo financiero ágil que permita detectar desviaciones o necesidades emergentes antes de que el presupuesto se agote o expire.

3. Tabla de Acciones del Plan de Mejoramiento

Tipo de Acción	Descripción Técnica	Responsable	Plazo
Correctora	Ejecutar una revisión extraordinaria del estado de ejecución presupuestal del SG-SST a la fecha y ajustar los rubros no utilizados.	Líder SST / Contador	15 días
Correctiva	Institucionalizar el "Comité de Seguimiento Financiero SST" con reuniones semestrales para evaluar el impacto de la inversión frente a la reducción de riesgos.	Secretario de Hacienda	180 días
Preventiva	Implementar un indicador de "Eficiencia en la Inversión del Riesgo" que permita justificar adiciones presupuestales basadas en emergencias técnicas.	Líder SST	Trimestral

ANÁLISIS DE OBSERVACIÓN (OM) 03

Requisito: ISO 45001: Numeral 9.1.1 (Seguimiento, medición, análisis y evaluación del desempeño).

Descripción: Se constata que la entidad realiza la evaluación de la ejecución del plan de capacitación en relación con los riesgos identificados, informando los resultados al representante legal para la toma de decisiones. No obstante, se identifica la necesidad de fortalecer este ejercicio analítico integrando métricas de cobertura esperada y eficacia de la formación.

2. Análisis de Causa Raíz (Metodología: 5 Porqués)

1. **¿Por qué es necesario fortalecer el ejercicio analítico?** Porque actualmente el reporte se limita a informar qué actividades se hicieron (ejecución) pero no si fueron suficientes o útiles.
2. **¿Por qué no se reporta la suficiencia o utilidad?** Porque no se han definido metas de cobertura por perfil de riesgo ni umbrales de aprobación técnica.

3. **¿Por qué faltan estos indicadores de cobertura y eficacia?** Porque el diseño del plan de capacitación es cronológico y no está vinculado a un modelo de gestión por competencias.
4. **¿Por qué no se ha vinculado a competencias?** Porque el seguimiento del SG-SST se ha visto como una tarea administrativa de cumplimiento de actividades y no como una estrategia de reducción de brechas de conocimiento.
5. **¿Por qué persiste esa visión administrativa?** Porque no se ha implementado el ciclo completo de evaluación del desempeño que exige la norma ISO 45001 para la toma de decisiones basada en evidencia.

Causa Raíz: Enfoque del seguimiento centrado en el cumplimiento del cronograma (forma), con ausencia de criterios de medición del impacto y alcance real sobre la población expuesta (fondo).

3. Tabla de Acciones del Plan de Mejoramiento

Tipo de Acción	Descripción Técnica	Responsable	Plazo
Acción Correctora	Reestructurar el informe de gestión de capacitación actual para incluir el cálculo de cobertura por dependencias y el promedio de calificación técnica de los asistentes.	Líder SST	15 días
Acción Correctiva	Establecer en el Programa de Capacitación los "Indicadores de Impacto", definiendo que ninguna capacitación se dará por cerrada sin una evaluación de eficacia 30 días después.	Líder SST / Jefes de Área	60 días
Acción Preventiva	Integrar los resultados de eficacia y cobertura en el tablero de indicadores (Scorecard) que se presenta mensualmente a la Alta Dirección.	Representante Legal / SST	Trimestral

ANÁLISIS DE OBSERVACIÓN (OM) 04

Requisito: ISO 45001: Num. 7.5.1 (Información Externa) / Dec. 1072: Art. 2.2.4.6.12.

Descripción: Se constata que la administración municipal dispone de una 'MATRIZ DE CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS LEGALES' (Código: FTO-326-25), la cual permite monitorear las disposiciones normativas en materia de SST. No obstante, se sugiere formalizar un procedimiento para la identificación, acceso y control de documentos de

origen externo que son esenciales para el sistema. Esta mejora es necesaria para alinearse plenamente con el Decreto 1072 de 2015 (Art. 2.2.4.6.12, Numeral 13) y el numeral 7.5.3.2 de la norma ISO 45001:2018.

2. Análisis de Causa Raíz (Metodología: 5 Porqués)

1. **¿Por qué se sugiere formalizar un procedimiento si ya existe la matriz?** Porque la matriz lista las normas, pero no define cómo se accede a ellas ni cómo se controlan sus actualizaciones o versiones.
2. **¿Por qué no se controla el acceso y actualización de documentos externos?** Porque se asume que el acceso a internet es suficiente para la consulta, sin considerar la necesidad de disponer de normas técnicas (NTC) o manuales de fabricantes de forma controlada.
3. **¿Por qué no se han integrado estos documentos al control documental?** Porque el Listado Maestro de Documentos solo contempla la información generada internamente por la entidad.
4. **¿Por qué solo se contempla lo interno?** Porque no se ha dimensionado el riesgo legal de operar con versiones derogadas de normas técnicas o manuales de equipos críticos sin control.
5. **¿Por qué no se ha dimensionado este riesgo?** Porque el procedimiento de control de información documentada no incluyó el acápite de "Información de Origen Externo" requerido por los estándares internacionales de calidad.

Causa Raíz: Deficiencia estructural en el proceso de control documental al no contemplar el ciclo de vida de la información externa necesaria para la operación segura y el cumplimiento legal.

3. Tabla de Acciones del Plan de Mejoramiento

Tipo de Acción	Descripción Técnica	Responsable	Plazo
Acción Correctora	Identificar y compilar en un repositorio digital controlado los manuales de maquinaria, fichas de datos de seguridad y normas técnicas (NTC) referenciadas en la matriz legal.	Líder SST	30 días
Acción Correctiva	Modificar el Procedimiento de Control de Información Documentada para incluir un capítulo específico sobre la identificación, actualización y control de documentos de origen externo.	Calidad / SST	45 días
Acción Preventiva	Suscribir o activar un servicio de alerta normativa y técnica que garantice la actualización automática de la matriz legal y el	Oficina Jurídica / SST	90 días

	acceso a las nuevas versiones de documentos externos.		

ANÁLISIS DE NO CONFORMIDAD MENOR (NCm) 01

Requisito: Dec. 1072 Art. 2.2.4.6.8 (Num. 2) / Rendición de Cuentas.

Descripción: Se identifica una desconexión entre la asignación de responsabilidades y los mecanismos de evaluación de desempeño tanto para personal de planta como para contratistas. Si bien la entidad cuenta con un sistema de evaluación de desempeño, este carece de indicadores o criterios específicos que permitan cuantificar el cumplimiento de las obligaciones en SST asignadas. En cuanto a los prestadores de servicios, se observa que los contratos de prestación de servicios no integran cláusulas técnicas de evaluación periódica sobre el cumplimiento del SG-SST. Esta omisión limita la capacidad de la administración para realizar una rendición de cuentas objetiva y dificulta la integración de la seguridad y salud en la gestión operativa y contractual de la entidad

2. Análisis de Causa Raíz (5 Porqués)

- ¿Por qué no se cuantifica el cumplimiento en SST? Porque el sistema de evaluación es genérico y no incluye variables de seguridad.
- ¿Por qué es genérico? Porque no se han integrado indicadores de gestión SST en los instrumentos de evaluación de personal y minutas contractuales.
- ¿Por qué no se han integrado? Porque el área de Talento Humano y Contratación opera de forma independiente al área de SST en estos procesos.
- ¿Por qué operan de forma independiente? Porque no se ha definido un protocolo de articulación transversal que obligue a la validación de SST en la gestión del desempeño.
- ¿Por qué no se ha definido el protocolo? Porque se ha percibido la SST como un requisito documental y no como un criterio de gestión operativa y contractual.

3. Tabla de Acciones del Plan de Mejoramiento

Tipo de Acción	Descripción Técnica	Responsable	Plazo
Correctora	Diseñar un anexo técnico con indicadores de gestión SST para ser incorporados en las evaluaciones de desempeño vigentes y en los informes de supervisión de contratos actuales.	Líder SST / Supervisores	30 días

Correctiva	Modificar los modelos de Acuerdos de Gestión (planta) y las minutas de contratos de prestación de servicios para incluir cláusulas de cumplimiento y evaluación periódica del SG-SST.	Talento Humano / Oficina Jurídica	90 días
Preventiva	Institucionalizar una mesa de trabajo trimestral entre SST, Jurídica y Talento Humano para validar la eficacia de los indicadores y asegurar que los nuevos perfiles y contratos cumplan con el estándar.	Secretario de Servicios Administrativos	Permanente

ANÁLISIS DE NO CONFORMIDAD MENOR (NCm) 02

Requisito: ISO 45001:2018 (Numeral 7.1) / Recursos.

Descripción: Se reconoce el esfuerzo administrativo de la entidad por incrementar y fortalecer los recursos destinados al SG-SST; sin embargo, se identifica una brecha crítica entre la asignación presupuestal y la intervención de riesgos prioritarios. Se evidencia la persistencia de condiciones de riesgo locativo y estructural en el edificio central, la sede Rafael Arias y sedes de la zona rural, las cuales han sido previamente reportadas y documentadas sin que a la fecha se hayan asignado los recursos necesarios para su mitigación. Esta situación contraviene el principio de proporcionalidad en la asignación de recursos frente al nivel de riesgo y compromete la seguridad de los trabajadores y usuarios, limitando la eficacia del sistema en la prevención de accidentes y enfermedades laborales

2. Análisis de Causa Raíz (5 Porqués)

- ¿Por qué persisten los riesgos locativos? Porque no se han ejecutado las obras de mitigación estructural.
- ¿Por qué no se han ejecutado? Porque el presupuesto asignado al SST se ha priorizado para gastos administrativos y de capacitación.
- ¿Por qué se priorizaron otros gastos? Porque no existe un mecanismo que obligue a la ejecución presupuestal basada estrictamente en el nivel de riesgo (prioridad técnica).
- ¿Por qué no existe ese mecanismo? Porque el Plan Anual de Trabajo y el Plan de Compras no están vinculados técnicamente a la Matriz de Riesgos IPEVR.
- ¿Por qué no están vinculados? Porque el proceso de planeación presupuestal de la entidad es independiente de la priorización de riesgos de seguridad y salud.

3. Tabla de Acciones del Plan de Mejoramiento

Tipo de Acción	Descripción Técnica	Responsable	Plazo
Correctora	Realizar un diagnóstico técnico de infraestructura detallado en las sedes afectadas y radicar una solicitud de mantenimiento urgente ante la Secretaría de Planeación/Obras.	Líder SST / Planeación	30 días
Correctiva	Reestructurar el presupuesto del SG-SST de la siguiente vigencia bajo el modelo de "Presupuesto basado en Riesgos", priorizando la intervención en la fuente y el medio (infraestructura).	Hacienda / Líder SST	60 días
Preventiva	Crear una cláusula en el Plan de Desarrollo Institucional que garantice un rubro específico anual e inalienable para la adecuación estructural de ambientes de trabajo seguros.	Representante Legal	Anual

ANÁLISIS DE NO CONFORMIDAD MENOR (NCm) 03

Requisito: ISO 45001:2018 (Numeral 7.2) / Competencia.

Descripción: Se identifica que la entidad cuenta con el Manual Específico de Funciones y Competencias Laborales (Decreto 126 del 26 de agosto de 2024) donde se especifican las responsabilidades y formacion. este manual carece de la definición de requisitos mínimos de competencia técnica en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo para los empleos de la planta global. Esta omisión contraviene el Decreto 1072 de 2015 (Art. 2.2.4.6.35) y el numeral 7.2 de la norma ISO 45001:2018, los cuales exigen que la entidad determine y documente las competencias (educación, formación o experiencia) necesarias para cada rol, con el fin de asegurar que el personal sea apto para gestionar los riesgos asociados a sus funciones y contribuir al desempeño del sistema

2. Análisis de Causa Raíz (5 Porqués)

- ¿Por qué el manual no define competencias SST? Porque se estructuró enfocado solo en funciones operativas y formación académica general.
- ¿Por qué no se incluyó SST? Porque no se consideró la SST como una competencia transversal obligatoria según el Decreto 1072.
- ¿Por qué no se consideró obligatoria? Porque el equipo redactor del manual no contó con la asesoría técnica del área de seguridad y salud durante la actualización del Decreto 126.

- ¿Por qué no hubo asesoría técnica? Porque no existe un procedimiento de revisión cruzada de actos administrativos que impacten el talento humano de la entidad.
- ¿Por qué no existe la revisión cruzada? Porque la cultura organizacional mantiene silos de información entre las áreas administrativas y las técnicas.

3. Tabla de Acciones del Plan de Mejoramiento

Tipo de Acción	Descripción Técnica	Responsable	Plazo
Correctora	Elaborar un Anexo de Perfiles de Competencia SST que especifique la formación mínima requerida (ej. 50 horas, alturas, etc.) para cada cargo actual de la planta.	Líder SST / Talento Humano	45 días
Correctiva	Proyectar el acto administrativo (decreto) que modifique el Manual de Funciones vigente para integrar formalmente las competencias técnicas en SST por niveles jerárquicos.	Oficina Jurídica	120 días
Preventiva	Establecer como requisito de inducción y reinducción la validación de competencias técnicas en SST, bloqueando la asignación de funciones críticas a personal no apto.	Talento Humano	Permanente

ANÁLISIS DE NO CONFORMIDAD MENOR (NCm) 04

Requisito: Res. 0312: Est. 1.2.3 / Dec. 1072: Art. 2.2.4.6.11 / ISO 45001: 7.2

Descripción: Se evidencia que la entidad realiza un seguimiento administrativo al cumplimiento y ejecución cronológica de las actividades programadas en el plan de capacitación; no obstante, se identifica la ausencia de métricas e indicadores que permitan evaluar el desempeño del plan en términos de cobertura y eficacia. Esta omisión limita el cumplimiento de lo establecido en el Decreto 1072 de 2015 (Art. 2.2.4.6.11) y el numeral 7.2 de la norma ISO 45001:2018, los cuales exigen que la organización no solo imparta capacitación, sino que evalúe su efectividad para asegurar la competencia necesaria de los trabajadores.

2. Análisis de Causa Raíz (5 Porqués)

- ¿Por qué no se evalúa la cobertura y eficacia? Porque el sistema de seguimiento solo registra la ejecución de la actividad (asistencia).
- ¿Por qué solo se registra la asistencia? Porque los indicadores actuales fueron diseñados bajo un enfoque puramente cronológico y no de impacto.
- ¿Por qué no se diseñaron indicadores de impacto? Porque el área de capacitación no cuenta con una metodología estandarizada para medir el aprendizaje y la cobertura real frente a la población objeto.
- ¿Por qué falta la metodología? Porque se ha interpretado el requisito legal como una obligación de "hacer" capacitaciones y no como un proceso de "aseguramiento de competencia".
- ¿Por qué se mantiene esa interpretación? Porque no se ha integrado la ISO 45001 (7.2) como el estándar de calidad para la gestión del talento en SST.

3. Tabla de Acciones del Plan de Mejoramiento

Tipo de Acción	Descripción Técnica	Responsable	Plazo
Correctora	Diseñar una matriz de indicadores de capacitación que incluya las fórmulas de cálculo para Cobertura (Participantes reales / Población objeto) y Eficacia (Aprobados / Evaluados).	Líder SST	15 días
Correctiva	Implementar un software o tablero de control (Dashboard) que automatice el cálculo de estos indicadores tras la finalización de cada ciclo de formación.	TIC / SST	60 días
Preventiva	Modificar el Programa de Capacitación Anual para incluir el análisis de indicadores como insumo obligatorio para la planeación del año siguiente.	Secretario de Servicios Administrativos	Anual

ANÁLISIS DE NO CONFORMIDAD MENOR (NCm) 05 y 06 (Agrupadas por afinidad técnica)

Requisito: Dec. 1072: Art. 2.2.4.6.29 y 34 / ISO 45001: 9.1.1 y 7.2 (d)

Descripción: Se constata que la entidad ha definido y mide el indicador de cumplimiento (ejecución) del cronograma de capacitación; sin embargo, se identifica la ausencia del indicador de eficacia, el cual es un requisito indispensable para evaluar si las competencias adquiridas por el personal impactan positivamente en la prevención. Se identifica que la entidad no ha establecido un proceso sistemático para evaluar si las acciones tomadas para

adquirir competencias (capacitaciones) han sido realmente eficaces en el desempeño laboral.

2. Análisis de Causa Raíz (5 Porqués)

- ¿Por qué no se mide la eficacia en el desempeño laboral? Porque no existe un instrumento de verificación post-capacitación en el puesto de trabajo.
- ¿Por qué no existe el instrumento? Porque el seguimiento técnico termina en el aula o plataforma de formación, sin involucrar al jefe inmediato en la validación de la competencia.
- Causa Raíz: Ausencia de un modelo de evaluación de transferencia de conocimiento al puesto de trabajo (Nivel 3 de Kirkpatrick) que valide el cambio de comportamiento.

3. Tabla de Acciones del Plan de Mejoramiento

Tipo de Acción	Descripción Técnica	Responsable	Plazo
Correctora	Ejecutar una prueba piloto de evaluación de desempeño post-capacitación para las tareas de alto riesgo realizadas en la última vigencia.	Líder SST	30 días
Correctiva	Establecer un procedimiento de "Verificación de Competencia en Campo" que obligue a los jefes de área a evaluar la conducta segura 30 días después de la capacitación.	Jefes de Área / SST	90 días
Preventiva	Integrar el resultado de la eficacia de la capacitación en el sistema de incentivos y bienestar de la entidad.	Talento Humano	Permanente

ANÁLISIS DE NO CONFORMIDAD MENOR (NCm) 07

Requisito: Dec. 1072: Art. 2.2.4.6.11 (Parágrafo 2)

Descripción: Se evidencia que los resultados de las evaluaciones de conocimiento no están vinculados a un plan de cierre de brechas; específicamente, no se cuenta con registros de acciones de refuerzo o re-capacitación para el personal que no alcanza los puntajes mínimos de aprobación.

2. Análisis de Causa Raíz (5 Porqués)

- ¿Por qué no hay cierre de brechas? Porque el sistema no activa alertas automáticas cuando un trabajador reprueba la evaluación de conocimiento.
- ¿Por qué no hay alertas? Porque el seguimiento de la capacitación se considera finalizado una vez se emite la nota, sin un flujo de proceso posterior para casos fallidos.
- Causa Raíz: Deficiencia en el control administrativo de los resultados de aprendizaje y falta de un protocolo de re-inducción o refuerzo pedagógico obligatorio.

3. Tabla de Acciones del Plan de Mejoramiento

Tipo de Acción	Descripción Técnica	Responsable	Plazo
Correctora	Identificar al personal que no aprobó las capacitaciones de la vigencia 2025 y programar una jornada extraordinaria de refuerzo técnico.	Contratista SST	20 días
Correctiva	Establecer un umbral de aprobación (ej. 80%) en el procedimiento de capacitación y un flujo de "Acciones de Refuerzo" documentado para quienes no lo alcancen.	Líder SST	45 días
Preventiva	Automatizar mediante la plataforma institucional el bloqueo de tareas críticas para personal que no tenga la evaluación de competencia aprobada y vigente.	TIC / SST	120 días

ANÁLISIS DE NO CONFORMIDAD MENOR (NCm) 08

Requisito: ISO 45001: 7.5.3 / Dec. 1072: Art. 2.2.4.6.12 (Par. 1)

Descripción: Se evidencia que la administración municipal dispone de registros físicos y digitales de la documentación del SG-SST; sin embargo, no se ha definido una arquitectura digital estructurada para la organización de los archivos, ni se han establecido protocolos formales de restricción y niveles de acceso a la información. Esta falta de control administrativo contraviene el Decreto 1072 de 2015 (Art. 2.2.4.6.12, Parágrafo 1), que exige garantizar la confidencialidad de los documentos bajo custodia, y se aparta de lo establecido en el numeral 7.5.3 de la norma ISO 45001:2018.

2. Análisis de Causa Raíz (5 Porqués)

- ¿Por qué no hay una arquitectura digital estructurada? Porque la documentación se ha cargado de forma empírica en servidores compartidos sin un mapa de directorios normalizado.

- ¿Por qué no hay niveles de acceso? Porque se han utilizado permisos de acceso generales en lugar de permisos por roles de usuario (RBAC).
- Causa Raíz: Inexistencia de un esquema de gobernanza de datos aplicado al SG-SST que garantice la triada de la información: Confidencialidad, Integridad y Disponibilidad.

3. Tabla de Acciones del Plan de Mejoramiento

Tipo de Acción	Descripción Técnica	Responsable	Plazo
Correctora	Crear un mapa de directorios estandarizado según el Listado Maestro de Documentos para organizar la información digital actual.	Líder SST / TIC	30 días
Correctiva	Implementar protocolos de acceso restringido y cifrado para carpetas que contengan datos sensibles (Historias clínicas, quejas de acoso, etc.).	TIC	60 días
Preventiva	Realizar una auditoría de seguridad de la información semestral para verificar que los permisos de acceso correspondan a los roles vigentes de la entidad.	Control Interno	Semestral

ANÁLISIS DE NO CONFORMIDAD MAYOR (NC-M) 01

Requisito: Dec. 1072: Art. 2.2.4.6.13 / ISO 45001: Num. 7.5.3

Descripción: Se evidencia que la administración municipal no ha definido, documentado ni implementado los criterios para la conservación de los registros y documentos del SG-SST. La ausencia de un procedimiento que garantice la integridad, orden y preservación de la información por el periodo mínimo requerido, representa un incumplimiento crítico al Decreto 1072 de 2015 (Art. 2.2.4.6.13), el cual obliga al empleador a conservar los registros por un periodo mínimo de veinte (20) años. Asimismo, contraviene el numeral 7.5.3.2 de la norma ISO 45001:2018, que exige el control de la conservación y disposición de la información documentada para prevenir su deterioro o pérdida.

2. Análisis de Causa Raíz (Metodología: 5 Porqués)

1. ¿Por qué no se han definido los criterios de conservación? Porque el sistema de gestión se ha centrado en la generación de registros diarios y no en su disposición final a largo plazo.

2. ¿Por qué no se ha priorizado la disposición a largo plazo? Porque no existe una Tabla de Retención Documental (TRD) específica o aplicada para el área de Seguridad y Salud en el Trabajo.
3. ¿Por qué no se cuenta con una TRD o protocolo de conservación? Porque no ha habido una articulación técnica entre el Área de Archivo/Gestión Documental de la Alcaldía y el responsable del SG-SST.
4. ¿Por qué ha faltado esa articulación? Porque se considera que la custodia de documentos de SST (especialmente historias clínicas y registros de higiene) es independiente de la política general de archivo de la entidad.
5. ¿Por qué se mantiene esa independencia operativa? Porque la administración carece de un flujo de proceso formal que vincule los requisitos legales de permanencia de 20 años con los estándares de gestión documental institucional.

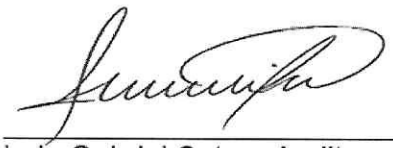
Causa Raíz: Ausencia de un lineamiento administrativo y técnico que integre los requisitos de conservación perentoria del Decreto 1072 dentro del Programa de Gestión Documental (PGD) de la administración municipal.

3. Tabla de Acciones del Plan de Mejoramiento

Tipo de Acción	Descripción Técnica	Responsable	Plazo
Correctora	Realizar un inventario documental de los registros existentes del SG-SST (físicos y digitales) y asegurar su resguardo provisional en condiciones de humedad y temperatura controladas para evitar deterioro inmediato.	Líder SST / Gestión Documental	15 días
Correctiva	Elaborar y socializar el "Procedimiento de Conservación y Custodia de Documentos SST", integrando los tiempos de retención legal de 20 años y definiendo los responsables de la custodia de información sensible (Historias ocupacionales y resultados de exámenes).	Líder SST / Oficina Jurídica	45 días
Preventiva	Realizar un proceso de transferencia documental formal hacia el Archivo Central o un servicio de custodia especializado, garantizando la indexación técnica que permita la recuperación de información en cualquier momento del periodo de los 20 años.	Secretario de Servicios Administrativos	90 días

Notas de alcance técnico: El análisis de causa raíz y los planes de acción propuestos en el presente informe constituyen sugerencias técnicas fundamentadas en la experticia del auditor y han sido proyectados con base en la información y evidencias suministradas durante el ejercicio de evaluación. Estas recomendaciones se emiten con el propósito de fortalecer el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) y no poseen un carácter vinculante, ni pretenden desmeritar la gestión técnica o administrativa adelantada por el personal encargado de la entidad. Su implementación queda supeditada al criterio y validación de la Administración Municipal, priorizando siempre la mejora continua y la seguridad jurídica institucional.

Cordialmente



Luis Gabriel Soto – Auditor
Licencia S.O Resolución 1.220-03.01-0403 del 06/03/2025

Informe de Auditoría al SG SST

Auditoría Interna No. 03
Fecha auditoría: 22 de abril de 2026

Tipo de auditoría: Interna
Fecha del informe: **22 de abril de 2026**

Período auditado: Vigencia 2025.

Lista de Destinatarios	
Nombre	Cargo
Gustavo Adolfo Mejía	Responsable del SG-SST
María Alejandra Lara Vélez	Contratista del SG-SST
Jorge Eliecer Rojas	Representante Legal

Datos de los Auditores	
Nombre	**Cargo**
Luis Gabriel Soto	Líder de Auditoria SGSST

1. Generalidades

1.1. Objetivo

Verificar el cumplimiento de los requisitos mínimos obligatorios de la Fase 3 Planificación y gestión del riesgo SG-SST, evaluando la eficacia de la planificación del riego y el cumplimiento legal.

1.2. Alcance

Todos los procesos de la administración municipal de Bugalagrande y que son objeto del sistema de gestión en seguridad y salud en el trabajo

1.3. Metodología

La metodología establecida para la realización de la auditoria es verificación en sitio de la información y la aplicación de los controles operacionales del SGSST se presenta en las siguientes fases:

- Reunión de apertura
- Revisión documental
- Entrevistas con responsable del SG-SST y colaboradores
- Reunión de cierre

1.4. Criterios de auditoría

Marco Legal de Referencia (Decreto 1072 de 2015)
Representa el estándar de cumplimiento jurídico para la estructura del SG-SST en Colombia:

- ✓ Art. 2.2.4.6.15 (IPEVR): Exigencia de una metodología sistemática para identificar peligros, evaluar y valorar riesgos, con alcance sobre todos los procesos, centros de trabajo y trabajadores (independientemente de su vinculación).

- ✓ Art. 2.2.4.6.16 (Prevención y Control): Obligación de adoptar medidas de intervención basadas en la Jerarquía de Controles (Eliminación, Sustitución, Controles de Ingeniería, Controles Administrativos y EPP).

- ✓ Art. 2.2.4.6.17 (Requisitos Legales): Requisito de mantener una matriz legal actualizada que identifique las normas nacionales, departamentales y locales aplicables a la actividad económica de la entidad.

Estándares Mínimos (Resolución 0312 de 2019)
Establece los criterios de suficiencia técnica para la planificación del riesgo (Numerales 1.11 al 1.20):

- ✓ Identificación de peligros (1.11): Verificación de la participación de los trabajadores y la cobertura total.

- ✓ Evaluación y valoración (1.12): Aplicación de metodologías técnicas validadas.

- ✓ Medidas de intervención (1.13): Ejecución de los programas de gestión para riesgos prioritarios.

- ✓ Gestión del cambio (1.16): Procedimientos para evaluar riesgos ante cambios internos o externos.

Referentes Técnicos (Metodologías)
Constituyen el "cómo" se ejecutan los requisitos legales:

- ✓ GTC 45 (Guía Técnica Colombiana): Criterio adoptado por la entidad para la identificación de peligros y valoración de riesgos.

- ✓ Normas Sectoriales: Disposiciones específicas aplicables según la naturaleza de la entidad (ej. Plan Estratégico de Seguridad Vial - PESV).

Documentación Interna Institucional
La auditoría toma como criterio lo que la propia entidad ha normalizado en su sistema:

- ✓ Procedimientos de Planificación: Guías internas para la actualización de matrices y planes de trabajo.

- ✓ Política del SG-SST: Objetivos trazados por la Alta Dirección que deben alinearse con la planificación del riesgo.

1.5. Fuentes de Información

- Normatividad y legislación aplicable al SGSST
- Documentos SGSST de la administracion municipal de Bugalagrande Valle.
- Entrevista con los responsables y todas las partes interesadas.

1.6. Limitaciones

No se presentaron limitaciones en la auditoría.

2. Resumen Ejecutivo

2.1. Fortalezas

Durante el desarrollo del ejercicio de auditoría, se identificaron factores positivos que contribuyen a la sostenibilidad y control del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo:

a) La entidad ha logrado una integración sólida de la Guía Técnica Colombiana GTC 45, evidenciada en la Matriz de Peligros y Riesgos (Código: FTO-326-59). Se destaca la capacidad de segmentar y categorizar los riesgos de manera objetiva, permitiendo una visualización clara del perfil de riesgo institucional a través de herramientas técnicas como mapas de calor.

b) Se resalta que la organización no limita su gestión a la entrega de Elementos de Protección Personal (EPP). Existe una trazabilidad técnica en el diseño de controles que prioriza los controles de ingeniería y administrativos, lo cual demuestra un enfoque orientado a la mitigación del riesgo en la fuente y el medio, conforme al Art. 2.2.4.6.16 del Decreto 1072.

c) La existencia y aplicación del procedimiento "Gestión del Cambio" (Código: PRO-326-06) constituye una fortaleza crítica. Este instrumento garantiza que cualquier modificación en los procesos, equipos o infraestructura sea evaluada preventivamente, asegurando que no se introduzcan nuevos peligros al sistema sin los controles adecuados.

d) La entidad demuestra un alto nivel de conciencia normativa mediante el "Procedimiento Matriz de Requisitos Legales" (Código: PRO-326-12). El hecho de contar con una metodología sistemática para la identificación y actualización de normas permite que el sistema de gestión sea dinámico y responda oportunamente a las variaciones del entorno jurídico colombiano.

e) Se observa una participación activa y documentada del COPASST en las actividades de inspección y vigilancia. Esta sinergia entre la administración y los representantes de los trabajadores fortalece la legitimidad del sistema y asegura que la planificación del riesgo cuente con el respaldo de quienes ejecutan las labores operativas.

2.2 Resultado de la auditoria

2.2.1 Resumen ejecutivo (kpis de gestión):

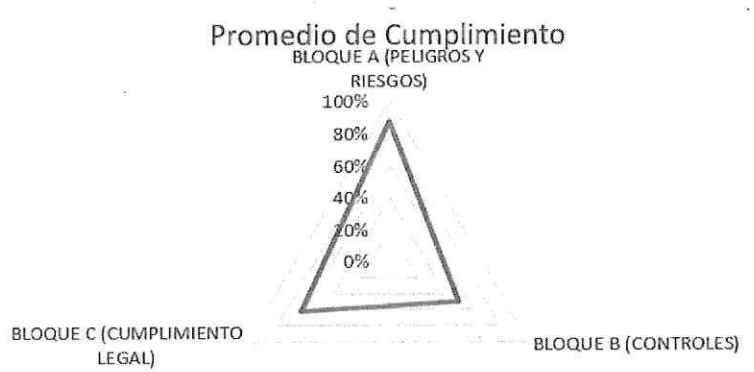
La auditoría de la Fase 3 revela que el sistema de gestión se encuentra en un estado de "Cumplimiento Reactivo". Para transitar hacia un modelo de gestión proactiva y alcanzar estándares de certificación (ISO 45001), la entidad debe priorizar la integración de la seguridad y salud en el trabajo en los procesos de toma de decisiones gerenciales y fortalecer los mecanismos de evaluación de la eficacia de sus controles prioritarios.

2.2.1.1 Distribución Cuantitativa de Hallazgos:

Cumplimiento Conforme: 4 ítems
No Conformidad Mayor (NC Mayor): 1 ítems
No Conformidad Menor (NC Menor): 6 ítems
Oportunidades de Mejora (OM): 1 ítems

2.2.1.2 Análisis por bloque normativo (decreto 1072 / res. 0312)

Bloque	Promedio de Cumplimiento
BLOQUE A (PELIGROS Y RIESGOS)	88%
BLOQUE B (CONTROLES)	50%
BLOQUE C (CUMPLIMIENTO LEGAL)	63%
CUMPLIMIENTO TOTAL FASE 3	**67%**



2.2.2 Detalle de los Hallazgos:

ID/BLOQUE	REQUISITO/NORMA	ESTADO/CALIFICACION	PUNTAJE	CLASIFICACION/HALLAZGO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO
B3.2	Dec. 1072 Art. 2.2.4.6.16 (Parágrafo 2) / Art. 2.2.4.6.22	No Cumple	0	NC Mayor	Se identifica una interrupción crítica en el ciclo de mejora continua (PHVA) del SG-SST, toda vez que la entidad no ha establecido mecanismos para el control y evaluación de la eficacia de los programas implementados para los riesgos prioritarios. La ausencia de indicadores de impacto, informes de seguimiento y registros de evaluación técnica contraviene de forma taxativa el Parágrafo 2 del Artículo 2.2.4.6.16 del Decreto 1072 de 2015. Esta deficiencia administrativa impide verificar el grado de mitigación de los riesgos intervenidos, limitando la capacidad de la dirección para la toma de decisiones basada en el desempeño y comprometiendo la efectividad global de las medidas de prevención y control frente a la siniestralidad laboral.

A 3.1	Dec. 1072 Art. 2.2.4.6.15 / Res. 0312 (1.11)	Cumple Parcial	0,5	NC Menor	Se constata que la administración municipal ha definido formalmente la Guía Técnica Colombiana GTC 45 como la metodología para la Identificación de Peligros, Evaluación y Valoración de los Riesgos (IPEVR). No obstante, se identifica un incumplimiento en el alcance y sistematicidad de su aplicación, toda vez que la matriz institucional carece de una cobertura integral sobre todos los centros de trabajo y procesos operativos de la entidad. Específicamente, se evidencia la ausencia de identificación y valoración de peligros para las actividades desarrolladas en la zona rural montañosa, incluyendo los procesos de mantenimiento de vías, la operación de la Biblioteca Galicia y el punto de atención al usuario en el corregimiento de Ceilán. Esta omisión contraviene el carácter taxativo del Decreto 1072 de 2015, el cual exige que la metodología cubra la totalidad de los centros de trabajo, actividades rutinarias y no rutinarias, limitando la capacidad de la entidad para implementar medidas de control

					preventivo en áreas de alta vulnerabilidad geográfica.
B3.1	Dec. 1072 Art. 2.2.4.6.16 (Num 1) / Res. 0312 (1.13)	Cumple Parcial	0,5	NC Menor	Si bien la administración municipal ha estructurado programas de gestión para riesgos específicos (Seguridad Vial, Biomecánico y Psicosocial), se identifica un incumplimiento en la integralidad de la intervención de los riesgos prioritarios. No se dispone de evidencia documental ni operativa que demuestre la existencia y ejecución de programas de gestión para los peligros de tipo Locativo y Público, los cuales han sido previamente priorizados en la matriz IPEVR institucional. Esta omisión contraviene lo establecido en el Decreto 1072 de 2015 y la Resolución 0312 de 2019, que exigen al empleador desarrollar medidas de prevención y control específicas para la totalidad de los riesgos con mayor potencial de

					severidad identificados en la organización.
B3.3	Dec. 1072 Art. 2.2.4.6.16 (Num 2 y 3)	Cumple Parcial	0,5	NC Menor	Se reconoce que la administración municipal dispone de un cronograma de inspecciones ejecutado por el COPASST para la vigencia 2025, así como de un control administrativo robusto sobre la entrega, capacitación y disposición final de los Elementos de Protección Personal (EPP). No obstante, se identifica un incumplimiento en la integralidad y transversalidad del control operacional, toda vez que la entidad no ha definido ni ejecutado planes de inspección que involucren a los niveles de alta dirección y al representante del SG-SST. Esta omisión contraviene lo estipulado en el Decreto 1072 de 2015, el cual exige que las inspecciones y el control de las condiciones de trabajo sean una

					responsabilidad compartida en todos los niveles jerárquicos, limitando la visibilidad de la gerencia sobre las condiciones críticas de seguridad en el entorno laboral.
C3.2	ISO 45001 (9.1.2) / Dec. 1072 Art. 2.2.4.6.31	Cumple Parcial	0,5	NC Menor	Se constata que la entidad utiliza la "MATRIZ DE REQUISITOS LEGALES" (Código: FTO-326-25) para la evaluación del cumplimiento normativo, registrando un porcentaje de cierre del 53,55% para la vigencia 2025. Sin embargo, se identifica una deficiencia en la comunicación estratégica del desempeño, al no existir evidencia ni trazabilidad de la socialización de estos resultados ante la Alta Dirección. Esta omisión contraviene el numeral 9.1.2 de la norma ISO 45001 y el Artículo 2.2.4.6.31 del Decreto 1072, los cuales exigen que el estado del cumplimiento legal sea informado a la dirección como insumo crítico para la toma de decisiones y el ajuste de los planes de acción institucionales.

C3.3	ISO 45001 (9.1.2) / Dec. 1072 Art. 2.2.4.6.31	Cumple Parcial	0,5	NC Menor	Tras la revisión de una muestra selectiva de las disposiciones normativas integradas en la matriz legal, se evidencia un incumplimiento en la evaluación del cumplimiento de requisitos específicos sectoriales. Específicamente, no se han evaluado las disposiciones del Decreto 1083 de 2015 (Sector Función Pública - Bienestar y Capacitación) ni la Resolución 20223040040595 de 2022 (Plan Estratégico de Seguridad Vial - PESV). Esta falta de evaluación técnica sobre normas que aplican directamente a la naturaleza administrativa y operativa de la entidad genera una brecha en la seguridad jurídica del sistema y contraviene la obligación legal de evaluar periódicamente el cumplimiento de toda la normativa vigente aplicable.

C3.4	ISO 45001:2018 (7.4.1)	Cumple Parcial	0,5	NC Menor	Se evidencia que la entidad realiza la socialización de los resultados de la evaluación legal al COPASST, Comité de Convivencia Laboral y Brigada de Emergencias. No obstante, se identifica un quiebre en la trazabilidad de la comunicación hacia las partes interesadas pertinentes, debido a la ausencia de registros de socialización dirigidos a la Alta Dirección y al representante del SG-SST. Este hallazgo constituye un incumplimiento al numeral 7.4.1 de la norma ISO 45001, el cual exige que la organización determine y asegure la comunicación de la información pertinente del sistema de gestión a todos los niveles de la organización, garantizando que los responsables del sistema posean la información necesaria para el ejercicio de sus funciones y la gobernanza del riesgo.

A 3.2	Dec. 1072 Art. 2.2.4.6.15 / Res. 0312 (1.12)	Cumple	1	Conforme (OBS/OM)	Se evidencia que la administración municipal da cumplimiento a la obligación de jerarquización de riesgos mediante la implementación de la "MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS, EVALUACIÓN Y VALORACIÓN DE RIESGOS" (Código: FTO-326-59). Dicho instrumento técnico permite la segmentación y priorización objetiva de los niveles de riesgo identificados, fundamentándose en los resultados de la columna de "Aceptabilidad del Riesgo". Se resalta la aplicación de una metodología de codificación cromática (mapa de calor), la cual facilita la identificación visual de los riesgos evaluados como "No Aceptables" o "Críticos". Esta estructuración permite a la entidad orientar de manera eficiente sus planes de acción y recursos hacia los peligros con mayor potencial de severidad, cumpliendo así con los criterios de priorización definidos en el estándar 1.12 de la Resolución 0312 de 2019.
A 3.3	Dec. 1072 Art. 2.2.4.6.15 (Parágrafo 1) / ISO 45001 (5.4)	Cumple	1	Conforme (OBS/OM)	Se constata que la entidad ha implementado mecanismos para la participación de los trabajadores en la identificación de peligros, tales como encuestas de condiciones de trabajo y el instrumento de "REPORTE DE ACTOS Y CONDICIONES SUBESTÁNDAR" (Código: FTO-326-36). No obstante, bajo la óptica de la mejora continua y los requisitos de consulta y participación de la norma ISO 45001:2018 (Numeral 5.4), se identifica la oportunidad de fortalecer la operatividad de estos canales. Se sugiere transitar de un modelo de reporte reactivo hacia una dinámica de participación proactiva, mediante la programación de mesas de trabajo técnicas y la generación de registros (actas) que evidencien la socialización directa de las matrices de riesgo con los colaboradores. Lo anterior busca garantizar que el personal no solo reporte condiciones, sino que intervenga efectivamente en la validación y actualización de la valoración de riesgos de sus propios puestos de trabajo, asegurando la pertinencia técnica del sistema.

A 3.4	ISO 45001:2018 (8.1.3)	Cumple	1	Conforme (OBS/OM)	Se verifica que la entidad ha formalizado el procedimiento "EVALUACIÓN DEL IMPACTO DEL CAMBIO INTERNOS Y EXTERNOS EN EL SG-SST - GESTIÓN DEL CAMBIO" (Código: PRO-326-06). Dicho instrumento establece de manera técnica la metodología para la identificación de peligros y la valoración de riesgos ante modificaciones en los procesos, infraestructura, equipos o requisitos legales. La implementación de este estándar garantiza un enfoque predictivo y preventivo, asegurando que las variaciones operativas sean analizadas antes de su ejecución para salvaguardar la integridad del sistema y el bienestar de los trabajadores.
B3.4	ISO 45001:2018 (8.1.2)	Cumple	1	Conforme (OBS/OM)	Se verifica el cumplimiento del requisito de jerarquización de controles mediante el instrumento "MATRIZ DE PELIGROS Y RIESGOS" (Código: FTO-326-59). Dicho instrumento permite la clasificación y priorización técnica de las medidas de intervención, asegurando que el diseño de los controles siga rigurosamente la jerarquía de control de riesgos (eliminación, sustitución, controles de ingeniería, controles administrativos y EPP). Esta metodología garantiza que la organización enfoque sus esfuerzos en las barreras más efectivas antes de recurrir a la protección individual.
C3.1	Dec. 1072 Art. 2.2.4.6.12 (Num 13) / ISO 45001 (6.1.3 & 8.1.3)	Cumple	1	Conforme (OBS/OM)	La organización garantiza la vigilancia normativa y la mejora continua a través del "PROCEDIMIENTO MATRIZ DE REQUISITOS LEGALES" (Código: PRO-326-12). Este documento establece de manera sistemática el mecanismo para la identificación, actualización y gestión del cambio de los requisitos legales aplicables. La solidez de este procedimiento permite que el sistema de gestión se adapte oportunamente a las variaciones del entorno jurídico y operativo, salvaguardando la conformidad legal de la entidad ante cambios internos o externos.

2.3 Conclusiones.

- ✓ **Madurez Operativa vs. Debilidad Estratégica:** Se concluye que la entidad posee una base operativa sólida, con instrumentos técnicos bien definidos (como la Matriz IPEVR y el procedimiento de Gestión del Cambio). Sin embargo, existe una ruptura en la cadena de mando y gobernanza, donde la Alta Dirección no está plenamente integrada en la validación de resultados ni en la toma de decisiones basada en el desempeño legal y técnico.
- ✓ **Interrupción del Ciclo PHVA en la Etapa de Verificación:** La auditoría revela que el sistema es eficiente en el "Planear" y el "Hacer", pero crítico en el "Verificar". La ausencia de indicadores de impacto y evaluación de eficacia de los programas de gestión impide conocer si los recursos invertidos están reduciendo efectivamente la probabilidad de ocurrencia de accidentes y enfermedades laborales.
- ✓ **Desarticulación en la Cobertura Integral del Riesgo:** A pesar de tener una metodología técnica definida (GTC 45), la planificación presenta brechas de cobertura geográfica (zonas rurales) y sectorial (normativas específicas de Función Pública y Seguridad Vial), lo que genera una exposición jurídica y operativa que afecta la integridad del sistema de gestión.

2.4 Recomendaciones

1. **Institucionalizar el Reporte Gerencial de Desempeño:** Se recomienda establecer un comité mensual de revisión de KPIs de SST donde el Representante Legal y el Representante del SG-SST analicen el estado de cumplimiento legal (actualmente en 53.55%) y la eficacia de los controles. Esto transformará la seguridad y salud en una prioridad estratégica y no solo en una tarea administrativa.

2. **Migrar hacia Indicadores de Resultado e Impacto:** Es imperativo reestructurar los Programas de Gestión de Riesgos Prioritarios (Público, Locativo, Vial, etc.) para que incluyan metas de reducción de siniestralidad y evaluación de efectividad de las medidas de ingeniería. Se debe dejar de medir únicamente la ejecución de actividades para empezar a medir la protección real del capital humano.

3. **Ejecutar un Plan de Sincronización Normativa y Territorial:** Se sugiere realizar una actualización exhaustiva de la Matriz de Requisitos Legales que incluya de forma transversal las directrices de Talento Humano y Tránsito, junto con un despliegue operativo en los centros de trabajo rurales. Esto garantizará que el 100% de la operación municipal esté bajo el amparo preventivo del sistema de gestión.

Nota de Exención de Responsabilidad y Alcance

Aviso Importante: Las recomendaciones y sugerencias de mejora descritas en este informe se emiten bajo un criterio técnico-profesional basado en la evidencia recolectada durante el ejercicio de auditoría. Es importante precisar que estas propuestas no tienen carácter vinculante y se suministran exclusivamente como insumos consultivos. Corresponde al lector, en su calidad de supervisor y representante de la administración, evaluar su viabilidad técnica, administrativa y presupuestal, así como determinar la pertinencia de su implementación dentro de los planes de mejora de la entidad.

Cordialmente

Luis Gabriel Soto – Auditor
Licencia S.O Resolución 1.220-03.01-0403 del 06/03/2025

ACTA DE REUNIÓN: APERTURA Y CIERRE DE AUDITORÍA

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST)

PROCESO AUDITADO	**FASE 3: Planificación y gestión del riesgo**
ENTIDAD	Municipio de Bugalagrande - Valle del Cauca
CONTRATO	No. 169-2026
AUDITOR LÍDER	Luis Gabriel Soto Quintero

---

1. ACTA DE APERTURA

Fecha: 22 de Abril de 2026 | **Hora Inicio:** 02:30 PM

OBJETIVO GENERAL: Evaluar la madurez, pertinencia y eficacia técnica del proceso de Gestión de Riesgos y Cumplimiento Legal de la administración municipal, mediante la verificación sistemática de la identificación de peligros, evaluación y valoración de riesgos (Art. 2.2.4.6.15), la idoneidad de las medidas de intervención bajo la jerarquía de controles (Art. 2.2.4.6.16) y la actualización de la matriz de requisitos legales (Art. 2.2.4.6.17); garantizando la alineación estratégica con los estándares mínimos de la Resolución 0312 de 2019, los requisitos mandatorios del Decreto 1072 de 2015 y los criterios de mejora continua de la norma ISO 45001:2018.

AGENDA DE APERTURA:

1. Presentación del alcance integral y requisitos de los numerales de la norma de acuerdo al objetivo planteado (Legal Dec 1072/2015; Res 0312/2019 + ISO 45001:2018).
2. Metodología: Revisión documental, entrevistas y verificación de indicadores.
3. Clasificación de hallazgos: NC Mayor, NC Menor y Observaciones de mejora.

FIRMAS DE APERTURA:

3. ACTA DE CIERRE

Fecha: 22 de abril de 2026 | **Hora Cierre:** 5:30: PM

RESUMEN DE RESULTADOS:

- **Cumplimiento Legal (1072/0312):** _____
- **Madurez ISO 45001:** _____
- **Hallazgos:** (***) NC Mayores*** | ***(***) NC Menores | ( ) OBS/OM.

FIRMAS DE CIERRE:

Por la Entidad (Auditado)	**Por el Equipo Auditor**
Firma:	**Firma:** Luis Gabriel Soto Q.
Nombre: Mª Alejandra Larci. U.	**Nombre:** Luis Gabriel Soto Quintero
Cédula: 1113039515	**Cédula:**74861834
Cargo: Apoyo SST.	**Cargo:** Auditor Líder SST

Bugalagrande, Valle del Cauca
Alcaldía Municipal

LISTADO DE ASISTENCIA

Código:	FTO-325-01
Versión:	01
Fecha de aprobación:	14 de febrero de 2022
	Página 1 de 1

DOCUMENTO CONTROLADO

FECHA:	DIA:	22	MES:	04	AÑO:	2026	HORA:	Desde:		Hasta:	
TIPO DE REUNIÓN:	INTERNA	X	EXTERNA		LUGAR:						
RESPONSABLE:	SST.										
PÚBLICO:	SST.										
OBJETIVO:	Inducción Integral al SG-SST y PESV.										

NOMBRE	ENFOQUE DIFERENCIAL																									LOCALIDAD		ENTIDAD	TELÉFONO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	DIRECCIÓN DOMICILIO / EMAIL	FIRMA
	GRUPO DE EDAD					SEXO			ETNIA				GRUPO POBLACIONAL																				
													DISCAPACIDAD				VÍCTIMAS																
	0-13	14-18	19-28	28-50	51 y más	F	M	LGBTI	AFRO	INDIGENA	ROM	OTRA ETNIA	FISICA	MENTAL	VISUAL	AUDITIVA	DESPLAZADOS	HOMICIDIO	VIOLENCIA SEXUAL	AMENAZA	DESAPARICION FORZADA	CAMPESINO	MIGRANTE	MADRE CABEZA HOGAR	POBLACION DE LA CALLE	OTRA POBLACION	BARRIO	RURAL				
1 Luis Carlos				X			X																				X		Alcaldía		1986182	Luis.333@gmail.com	
2 Mª Alejandra Lara				9		9																					9		Alcaldía		1113233575		
3																																	
4																																	
5																																	
6																																	
7																																	
8																																	
9																																	
10																																	
11																																	
TOTAL POBLACION POR VARIABLE																																	

Este documento es propiedad de la Alacaldía Municipal de Bugalagrande. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin previa autorización del SGC.