



Informe de Auditoría Interna Específica

Código FCI-31 v.01

Página 1 de 1

Aspecto Evaluable (Unidad Auditada): Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo

Fecha

26 12 2025

Objeto: Determinar el grado de cumplimiento de los requisitos normativos establecidos en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST) implementado en la Universidad de Pamplona, conforme al decreto 1072 del 2015, la resolución 0312 del 2019, la Resolución de adopción 381 del 18 de mayo del 2016 y demás normativa externa aplicable.

Alcance: La auditoría se realizará entre el 19 y el 30 de diciembre de 2025 al Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo, el cual se encuentra integrado al proceso de Gestión de Talento Humano, tomando como base (criterio de auditoría) el Decreto 1072 del 2015, la Resolución 0312 del 2019, la Resolución de adopción 381 del 18 de mayo del 2016 y demás normativa externa aplicable.

Criterio: Decreto único 1072 del 2015 reglamentario del sector Trabajo, la Resolución 0312 del 2019 por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.

ITEM	ACTIVIDAD	EVIDENCIA	C	NC	OM	HALLAZGO U OBSERVACIÓN
1.	Asignación del líder del I Sistema de Gestión de SST y de sus responsabilidades	Verificar resolución de asignación del cargo al líder y sus responsabilidades. Curso de 50 o 20 horas	X			<p>Se verificó la existencia de las Resoluciones N° 901 del 04 de octubre de 2024 y N° 374 del 21 de abril de 2025, mediante las cuales se designa al profesional José Alejandro Plata Castilla como líder del SG-SST. Se constató que el designado cumple con el perfil de idoneidad al ser Abogado Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo, con licencia vigente (Res. N° 1447 de 2021) y certificación del curso de actualización de 20 horas expedido por la ARL Positiva.</p> <p>Así mismo, se evidenció la definición de responsabilidades en el formato FAC-53 (Matriz de Responsabilidades y Autoridades del SIG), dando cumplimiento a lo establecido en el Artículo 2.2.4.6.8 del Decreto 1072 de 2015.</p>
2.	Asignación de recursos para el Sistema de Gestión en SST	Evidenciar asignación de recursos de acuerdo con el plan de trabajo anual	X			<p>Se encuentro el Acuerdo 047 del 27 de noviembre del 2024 "Por el cual se aprueba el presupuesto de rentas, recursos de capital, gastos de funcionamiento, servicio de la deuda e inversión de la Universidad de Pamplona, para la vigencia fiscal del 1° de enero al 31 de diciembre del año 2025"</p> <p>Se evidenciaron los contratos de Orden de Prestación de Servicios ejecutados durante la vigencia presente (059,060,061, 1278, 1279, 1354).</p>
3.	Conformación y funcionamiento del COPASST	Solicitar las actas de reunión mensuales del último año del Comité Paritario y verificar el cumplimiento de sus funciones.	X			<p>Se revisaron las actas de reunión del COPASST de la No. 001 a la No. 006, correspondientes al periodo comprendido entre el 30 de enero y el 06 de junio de 2025. En estos registros se constata la ejecución de inspecciones locativas en las sedes de Cúcuta (CREAD, Salud, Comunicación Social) y el Campus Villa del Rosario. Así mismo, las responsabilidades de los miembros se encuentran formalizadas en la Matriz de Roles y Responsabilidades.</p> <p>No se evidenciaron registros ni actas de reunión correspondientes al segundo semestre de la vigencia 2025. El incumplimiento en la periodicidad de las reuniones mensuales contraviene lo dispuesto en la Resolución 2013 de 1986 y el Decreto 1072 de 2015, los cuales exigen sesiones mensuales y el seguimiento ininterrumpido a las condiciones de salud y seguridad.</p> <p>Durante la revisión documental, se constató que el periodo de vigencia de los miembros del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST) expiró en octubre de 2025. A la fecha de la auditoría, no se evidenciaron soportes administrativos que den cuenta de la nueva convocatoria, proceso de elección (voto físico o</p>



Informe de Auditoría Interna Específica

Código

FCI-31 v.01

Página

2 de 1

					electrónico), actas de escrutinio o la nueva resolución de constitución para el periodo siguiente.
4.	Capacitación de los integrantes del COPASST	Solicitar documentos que evidencien las actividades de capacitación brindada a los integrantes del COPASST	X		<p>Se verificó que el Plan Anual de Capacitaciones contempla la actividad "Desarrollo de competencias de miembros del COPASST", con sesiones programadas de dos horas para los días 15 y 16 de junio, 14 de julio y 11 de agosto de 2025. No obstante, al realizar la auditoría de los soportes, no se evidenciaron las actas donde se detallen los contenidos técnicos impartidos, ni los listados de asistencia que validen la participación de los integrantes. Aunque se dispone de registros fotográficos que sugieren la realización de actividades conjuntas con el Comité de Convivencia, estos no constituyen evidencia objetiva suficiente para validar el cumplimiento del proceso educativo.</p>
5.	Conformación y funcionamiento del Comité de Convivencia Laboral	Solicitar las actas de reunión trimestrales del último año del Comité.	X		<p>Se verificó la operatividad del Comité de Convivencia Laboral (conformado mediante Res. N° 409 de 2024). Tras la revisión de las actas de la vigencia 2025 (Actas 001 a 006), se detectaron las siguientes inconsistencias:</p> <p>Se observó un error en el orden consecutivo; por ejemplo, el Acta 006 tiene fecha de 30 de mayo, siendo posterior en numeración a actas de junio y julio. Asimismo, las actas 002 y 005 comparten la misma fecha (12 de junio) pero abordan temas distintos.</p>
6.	Programa de capacitación anual	Solicitar el programa de capacitación anual y la matriz de identificación de peligros y verificar que el mismo esté dirigido a los peligros ya identificados y esté acorde con la evaluación y control de los riesgos y/o necesidades en Seguridad y Salud en el Trabajo. Solicitar los documentos que evidencien el cumplimiento del programa de capacitación. Solicitar la lista de trabajadores, participantes independientemente de su forma de vinculación y/o contratación, y verificar los soportes documentales que den cuenta de la inducción y reinducción de conformidad con el criterio.	X		<p>Si bien el Plan Anual de Capacitación 2025 cumple con la pertinencia técnica al estar alineado con la matriz de peligros y cubrir a todos los niveles de la organización (11 capacitaciones), se identificó un hallazgo relacionado con el control documental. El plan no utiliza el formato codificado FGH-74 v. 01 Plan de Trabajo Anual SG-SST (Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo) - PLAN ANUAL DE CAPACITACIONES SG -SST, empleando en su lugar una plantilla no controlada que carece de trazabilidad oficial.</p> <p>Se realizó el seguimiento al Plan Anual de Capacitaciones mediante el Acta 006 del 28 de julio de 2025. El documento determina un avance del 81.8% (9 actividades ejecutadas); sin embargo, tras la auditoría de evidencias, solo se encontraron registros fotográficos de cuatro (4) temáticas: Inducción/Reinducción, Competencias COPASST/COVILA y Bioseguridad (Residuos). Esta discrepancia indica que siete (7) actividades del plan original carecen de soporte, contradiciendo el porcentaje de avance reportado. Adicionalmente, no se evidenciaron listados de asistencia ni resultados de las evaluaciones de conocimiento mencionadas, limitándose la evidencia a registros fotográficos.</p> <p>Se revisaron los soportes de participación de los trabajadores en las jornadas de capacitación; sin embargo, se detectaron deficiencias críticas que invalidan la calidad de los registros. Se evidenciaron formatos de asistencia con campos obligatorios vacíos (sin fecha, sin nombre del evento y sin números de identificación de los participantes). Adicionalmente, algunos registros carecen de la firma de los asistentes y no se dispone de actas documentadas que permitan corroborar los temas tratados.</p>



Informe de Auditoría Interna Específica

Código

FCI-31 v.01

Página

3 de 1

7.	Política de Seguridad y Salud en el Trabajo	Validar para la revisión anual de la política como mínimo: fecha de emisión, firmada por el representante legal actual, que estén incluidos los requisitos normativos actuales.	X	Si bien la Universidad de Pamplona actualizó integralmente su marco normativo de SST el 04 de septiembre de 2025 (Resoluciones 773-778), el proceso de comunicación no fue efectivo. Se evidenció que la difusión masiva realizada en julio de 2025 se limitó a políticas de la vigencia 2024. Asimismo, la socialización tardía del 10 de diciembre se restringió a 16 procesos administrativos, omitiendo la divulgación directa a la totalidad de los 1.800 trabajadores (docentes, administrativos y contratistas). Esta brecha en la comunicación impide asegurar que el personal conozca sus deberes y el compromiso institucional, exponiendo a la Universidad a hallazgos por incumplimiento de los estándares de comunicación y participación.
8.	Objetivos de SST	Revisar si los objetivos se encuentran definidos, cumplen con las condiciones mencionadas en el criterio y si existen evidencias del proceso de difusión.	X	Se verificó la expedición de la Resolución N° 774 del 04 de septiembre de 2025, mediante la cual la Universidad de Pamplona oficializa la actualización de los objetivos del Sistema de Gestión. El documento integra el compromiso de la institución hacia la protección de la integridad física y mental de sus trabajadores, contratistas y partes interesadas.
9.	Evaluación Inicial al Sistema de Gestión	Solicitar evaluación inicial	X	Se verificó la Evaluación de Estándares Mínimos del SG-SST correspondiente a la vigencia 2024, ejecutada por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) Positiva el 26 de diciembre de 2024. El sistema obtuvo una calificación de 95 puntos (Nivel de Cumplimiento: Alto). El documento cuenta con la validación de la líder del proceso de Talento Humano y dispone del soporte de radicación oficial ante el Ministerio del Trabajo mediante el registro REME SGSST 747030-2024-1, el cual incluye la tabla de valores y calificación técnica.
10.	Plan Anual de Trabajo	Solicitar el plan de trabajo anual. Verificar el cumplimiento del mismo. En el caso que se hayan presentado incumplimientos al plan, solicitar los planes de mejora respectivos.	X	El Plan se elaboró en febrero de 2025 utilizando el formato FGH-74 v.00 , el cual se encuentra desactualizado frente a la Versión 01 vigente en el Centro Interactivo institucional. Aunque se realizó un seguimiento el 30 de septiembre de 2025 donde se mencionan avances en la fase de "Planear", estos no se encuentran reflejados ni consolidados en el formato oficial FGH-74. No existe trazabilidad real del porcentaje de ejecución a la fecha. La falta de seguimiento impide: <ul style="list-style-type: none">• Verificar resultados.• Evaluar eficacia.• Implementar mejoras. No conformidad Mayor.
11.	Rendición de cuentas	Solicitar los registros documentales que evidencien la rendición de cuentas anual, al interior de la empresa.	X	Si bien la Universidad de Pamplona cuenta con el "Informe Final del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo – Anualidad 2024", no se hallaron evidencias objetivas (actas de reunión, listas de asistencia o registros de comunicación oficial) que demuestren que dicho informe fue socializado y presentado formalmente ante la Alta Dirección. La ausencia de este soporte impide verificar que la gerencia conoce el desempeño del sistema, los recursos ejecutados y las necesidades de mejora para el siguiente periodo.
12.	Matriz legal	Verificar que contenga: * Normas vigentes en riesgos laborales, aplicables a la empresa. * Normas técnicas de cumplimiento de acuerdo con los peligros/riesgos	X	Tras la revisión del Centro Interactivo del SIG, se identificó que la Matriz de Requisitos Legales cuenta con una última actualización del 17 de julio de 2023, evidenciando un incumplimiento por desactualización documental. Se detectaron normas derogadas, tales como la Resolución 2404 de 2019 (sustituida por la Resolución 2764 de 2022 sobre riesgo psicosocial) y la Resolución 1409 de 2012 (derogada por la Resolución 4272 de 2021 referente a trabajo en alturas). Si bien existe evidencia de la revisión y envío de la matriz



Informe de Auditoría Interna Específica

Código

FCI-31 v.01

Página

4 de 1

		identificados en la empresa. * Normas vigentes de diferentes entidades que le apliquen relacionadas con los riesgos laborales			por correo electrónico a la Oficina Jurídica para validación, a la fecha de la auditoría el documento oficial disponible para consulta y aplicación no ha sido aprobado ni publicado.
13.	Mecanismos de comunicación	Constatar la existencia de mecanismos eficaces de comunicación interna y externa que tiene la empresa en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo	X		<p>Se evidenció que la difusión de las actividades y temáticas de Seguridad y Salud en el Trabajo se realiza a través de redes sociales (Instagram) y el subportal de Talento Humano. Si bien estas herramientas dinamizan la información, se identifica una oportunidad de mejora en la formalización de la comunicación, ya que las redes sociales externas no garantizan la cobertura total de la población trabajadora ni aseguran la trazabilidad documental requerida para demostrar la socialización de políticas y riesgos ante entes de control.</p>
14.	Evaluación y selección de proveedores y contratistas	Solicitar el documento que señale los criterios relacionados con SST para la evaluación y selección de proveedores cuando la empresa los haya establecido.	X		<p>Se evidenció que la Universidad cuenta con procedimientos y formatos para la evaluación y seguimiento de proveedores y contratistas; no obstante, estos no establecen de manera explícita los criterios mínimos en Seguridad y Salud en el Trabajo que deben ser evaluados durante la selección, contratación y ejecución contractual, conforme a la Resolución 0312 de 2019.</p> <p>En particular, los instrumentos de evaluación vigentes contemplan la verificación general del cumplimiento del SG-SST, sin detallar los requisitos específicos, evidencias mínimas, ni criterios diferenciados según el nivel de riesgo de la actividad contratada.</p> <p>Se recomienda definir, documentar e integrar criterios claros de evaluación en SST dentro de los procesos de contratación y evaluación de proveedores y contratistas, asegurando su articulación con el SG-SST institucional.</p>
15.	Actividades de medicina del trabajo y de prevención y promoción de la Salud	Diagnóstico de las condiciones de salud y los peligros/riesgos de intervención prioritarios. Solicitar las evidencias que constaten la definición y ejecución de las actividades de medicina del trabajo, promoción y prevención y los programas de vigilancia epidemiológica	X		<p>El diagnóstico de condiciones de salud de la Universidad de Pamplona, elaborado por SYSLAB en diciembre de 2024 sobre una población de 1.589 personas (predominantemente mujeres, mayores de 46 años y con alta formación académica), revela un perfil epidemiológico con hallazgos críticos en salud visual y osteomuscular, destacando que el 74% presenta afectaciones oculares y el 44% padece escoliosis dorsal. A pesar de que la accidentalidad es mínima y no se registran enfermedades laborales, el 81% de los trabajadores requiere remisión a EPS/ARL, influenciado por una alta exposición a riesgos biomecánicos (96%) y biológicos (83%), sumado a condiciones de riesgo cardiovascular evidenciadas por un 58% de la población con malnutrición (sobrepeso/obesidad) y perímetros abdominales en niveles de riesgo elevado. Ante esta situación, se dictamina la necesidad urgente de implementar y fortalecer los Programas de Vigilancia Epidemiológica (PVE) en las dimensiones cardiovascular, osteomuscular, visual, auditiva y psicosocial, integrando estrategias de higiene postural, pausas activas y fomento de estilos de vida saludables para mitigar el impacto de los factores de riesgo identificados en la comunidad universitaria.</p> <p>Tras la revisión de los soportes de Capacitaciones, se identificó que la evidencia suministrada no garantiza la trazabilidad ni la validez técnica de las actividades. Se observaron formatos de control de asistencia con secciones críticas sin diligenciar, tales como encabezados, fechas, números de documento de identidad y firmas de los participantes. Asimismo, aunque se dispone de registros fotográficos, no se evidenciaron las actas de soporte que detallen los objetivos, contenidos y metodologías impartidas, limitando la capacidad de verificar el cumplimiento del Plan Anual de Capacitación.</p>



Informe de Auditoría Interna Específica

Código FCI-31 v.01

Página 5 de 1

					Incumplimiento del Artículo 2.2.4.6.12 (Numeral 6) del Decreto 1072 de 2015, el cual exige que los registros de capacitación sean legibles, identificables y permitan demostrar de forma fehaciente la ejecución de los programas.
16.	Evaluaciones médicas ocupacionales	Evaluaciones médicas ocupacionales. Solicitar el documento que evidencie la comunicación por escrito al trabajador de los resultados de las evaluaciones médicas ocupacionales.	X		Se constató que la Universidad de Pamplona garantiza la ejecución de las actividades de medicina preventiva mediante el contrato de prestación de servicios suscrito con la IPS Seguridad y Salud Laboral Integral S.A.S. Se verificó la trazabilidad del proceso a través de convocatorias oficiales remitidas vía correo electrónico institucional, mediante las cuales se gestionó la citación programada del personal docente y administrativo para exámenes médicos de ingreso y egreso. Esta gestión asegura el monitoreo de las condiciones de salud de la población trabajadora frente a los perfiles de riesgo identificados.
17.	Restricciones y recomendaciones médico-laborales	Solicitar documento de recomendaciones y restricciones médico-laborales a trabajadores y constatar las evidencias de que la empresa las ha acatado ha realizado las acciones que se requieran en materia de reubicación o readaptación. Adecuaciones de puestos de trabajo, reubicaciones al trabajador o readaptaciones laborales.	X		Se verificó la realización de veinte (20) Análisis de Puesto de Trabajo (APT) por parte de la IPS SYSLAB S.A.S. , dirigidos al personal administrativo del Campus Principal. Los informes técnicos presentan una metodología integral que incluye la identificación de factores de riesgo, conclusiones técnicas y recomendaciones de intervención biomecánica. Así mismo, se constató de manera específica la implementación de medidas de adecuación ergonómica en el puesto de trabajo de la servidora Margarita María Ramón Durán , cumpliendo con los requerimientos de salud identificados.
18.	Estilos de vida y entorno saludable	Solicitar el programa respectivo y los documentos y registros que evidencien el cumplimiento de este.	X		No se evidenció el documento formal del "Programa de Hábitos y Estilos de Vida Saludable" que defina objetivos, metas y metodología de intervención. Si bien se presentaron registros fotográficos de actividades relacionadas, la gestión carece de soportes; se identificaron listados de asistencia incompletos con ausencia de encabezados, fechas, números de identificación y firmas de los participantes. Al no existir actas de soporte, no es posible verificar la pertinencia de los temas tratados ni la cobertura real de la población trabajadora. Se Incumple del Artículo 2.2.4.6.12 (Numeral 6) y el Artículo 2.2.4.6.31 del Decreto 1072 de 2015, referentes a la obligación de documentar programas de prevención y mantener registros trazables.
19	Investigación de incidentes, accidentes de trabajo y las enfermedades cuando sean diagnosticadas como laborales	Verificar por medio de un muestreo si se investigan los incidentes, accidentes de trabajo y las enfermedades laborales con la participación del COPASST, y si se definieron acciones para otros trabajadores potencialmente expuestos.	X		Se verificaron las investigaciones de algunos accidentes laborales ocurridos entre abril y octubre de 2025 (casos de Wilson Moyano, María Boada, Lucero Villamizar, Jonny Rojas y Angie Durán). Si bien la institución cumple con el reporte y la investigación técnica de los eventos en los tiempos de ley, se identificaron las siguientes brechas de gestión: Aunque se dispone de material didáctico (diapositivas de lecciones aprendidas), no existen actas de capacitación debidamente firmadas que validen la transferencia de conocimiento a los trabajadores afectados y sus áreas. No se evidenció el seguimiento posterior a las medidas de intervención propuestas (ej. reparaciones de infraestructura, reposición de material de laboratorio o protocolos con bomberos). El sistema no ha evaluado si las acciones implementadas fueron efectivas para eliminar la causa raíz y prevenir la recurrencia de los eventos ya que el Artículo 2.2.4.6.33 del Decreto 1072 de 2015 y la Resolución 1401 de 2007 , refieren la obligación de implementar y verificar la efectividad de las acciones derivadas de las investigaciones.



Informe de Auditoría Interna Específica

Código

FCI-31 v.01

Página

6 de 1

20.	Indicadores	<p>Frecuencia de accidentalidad: Solicitar los resultados de la medición para lo corrido del año y/o el año inmediatamente anterior y constatar el comportamiento del ausentismo y la relación del evento con los peligros/riesgos.</p> <p>Ausentismo por causa médica: Solicitar los resultados de la medición para lo corrido del año y/o el año inmediatamente anterior y constatar el comportamiento del ausentismo y la relación del evento con los peligros/riesgos.</p>	X	<p>La tasa de accidentabilidad de los estudiantes, docentes y administrativos de enero de junio se reportaron 23 accidentes con una tasa de accidentalidad fue del 0,51% y de julio a noviembre fue del 0,95 % que corresponde a 29 accidentes, la medición se realizó en el formato FDE.PL-47 v.02 Informe de Cumplimiento del Indicador de Gestión para la Herramienta de Seguimiento a Planeación Estratégica Institucional – SPEI-</p> <p>Se identificó una brecha crítica en la fase de 'Verificación' del ciclo PHVA, debido a la ausencia de medición de los indicadores de impacto del sistema. A la fecha, el SG-SST no cuenta con el cálculo de la severidad y mortalidad por accidentes, ni de la prevalencia e incidencia de enfermedades laborales, lo que impide conocer el perfil de morbilidad de la población trabajadora. Asimismo, la falta de consolidación de datos sobre ausentismo por causas médicas imposibilita la identificación de tendencias de salud y la valoración económica de las pérdidas de productividad. Es imperativo estandarizar la ficha técnica de estos indicadores para garantizar el cumplimiento normativo y la mejora continua."</p> <p>No Conformidad Mayor.</p>
21.	Identificación de peligros y evaluación y valoración de riesgos con participación de todos los niveles de la empresa	<p>Solicitar el documento que contiene la metodología usada para la identificación.</p> <p>Solicitar las evidencias que den cuenta de la participación de los trabajadores en la identificación de peligros, evaluación y valoración de los riesgos, así como de la realización de dicha identificación con la periodicidad señalada en el criterio.</p>	X	<p>No se evidenciaron registros que demuestren la participación de los trabajadores en la identificación de peligros, ni los soportes de la revisión anual obligatoria por parte de la institución.</p> <p>La información suministrada se limita a diagnósticos elaborados por estudiantes en formatos de presentación (diapositivas). Dichos datos no han sido migrados, consolidados ni evaluados bajo la metodología institucional definida en el procedimiento PGH-23 v.00 Matriz de Identificación de Peligros, Valoración de Riesgos y Determinación de Controles.</p> <p>La matriz institucional carece de las firmas del Representante Legal y del Líder del SG-SST. Así mismo, no existe constancia de la socialización y recepción de recomendaciones por parte del COPASST, incumpliendo su rol de vigilancia y control.</p> <p>No conformidad mayor</p>
22.	Identificación de sustancias catalogadas como carcinógenas o con toxicidad aguda.	<p>Revisar la lista de materias primas e insumos, productos intermedios o finales, subproductos y desechos y verificar si estas son o están compuestas por agentes o sustancias catalogadas como carcinógenas.</p> <p>Se debe verificar que los riesgos asociados a estas sustancias o agentes carcinógenos o con toxicidad aguda son priorizados y se realizan acciones de prevención e intervención.</p> <p>Así mismo se debe verificar la existencia de áreas destinadas para el almacenamiento de las materias primas e insumos y sustancias catalogadas como carcinógenas y con toxicidad aguda</p>	X	<p>Se identificó un incumplimiento crítico en la gestión de agentes químicos peligrosos. Tras la revisión de los controles operativos, se detectaron las siguientes brechas:</p> <p>No se suministró el listado integral de materias primas, insumos, subproductos y desechos que contengan sustancias catalogadas como carcinógenas o de toxicidad aguda (Categoría 1A y 1B según el Sistema Globalmente Armonizado - SGA). La información se limitó únicamente a una relación parcial de auxiliares de laboratorio expuestos, omitiendo la caracterización química del riesgo.</p> <p>No se evidenció que los riesgos asociados a estos agentes químicos sean priorizados dentro de la Matriz IPEVR, ni se demostró la ejecución de acciones específicas de prevención o sustitución de dichas sustancias.</p> <p>No se constató la existencia de áreas exclusivas, señalizadas y técnicamente adecuadas para el almacenamiento de sustancias con potencial carcinógeno, incumpliendo las normas de compatibilidad química y seguridad industrial.</p>



Informe de Auditoría Interna Específica

Código

FCI-31 v.01

Página

7 de 1

23.	Procedimientos e instructivos internos de seguridad y salud en el trabajo	Solicitar los procedimientos, instructivos, fichas técnicas cuando aplique y protocolos de SST y el soporte de entrega de estos a los trabajadores.	X	<p>Se destaca el avance en la formalización técnica del SG-SST mediante la creación de indicadores alineados al Decreto 1072 y la inclusión de procedimientos clave en el Centro Interactivo.</p> <p>Mediante el Acta No. 012 del 12 de diciembre de 2025, se llevó a cabo la socialización y validación técnica de los indicadores del SG-SST. Se presentaron doce (12) fichas técnicas desglosadas en: tres (3) indicadores de estructura, tres (3) de proceso y seis (6) de resultado. Tras la revisión de su alineación con los objetivos del sistema, estos fueron formalmente aprobados por el grupo de mejoramiento, dando cumplimiento a los requisitos de medición definidos en el Decreto 1072 de 2015. Las fichas técnicas serán enviadas al SIG para su validación.</p> <p>En el centro interactivo de la Universidad de Pamplona se identificó la siguiente documentación del sistema de seguridad y salud en el trabajo:</p> <p>PGH-21 v.01 Evaluación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST y Plan de Trabajo PGH-23 v.00 Matriz de Identificación de Peligros, Valoración de Riesgos y Determinación de Controles PGH-26 v.00 Reporte e Investigación de Accidentes/Incidentes de Trabajo y Enfermedades Laborales PGH-28 v.01 Brigada de Emergencias PGH-30 v.00 Evaluaciones Médicas Ocupacionales y Archivo de Historias Clínicas PGH-33 v.00 Diseño, Control y Seguimiento de Programas del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.</p> <p>Es imperativo ejecutar un plan de despliegue y entrenamiento para asegurar que la documentación deje de ser solo un requisito de archivo y se convierta en una herramienta de prevención efectiva."</p>
24.	Inspecciones a instalaciones, maquinaria o equipos	Solicitar los formatos de registro de visitas de inspección elaborados. Solicitar la evidencia de las visitas de inspección realizadas a las instalaciones, maquinaria y equipos, incluidos los relacionados con la prevención y atención de emergencias y verificar la participación del COPASST en las mismas.	X	<p>Se verificó el proceso de inspección y seguimiento técnico en el Laboratorio de Morfología. El diagnóstico inicial, realizado el 26 de marzo de 2025 por la ARL Positiva (Profesional Leidy Acuña, Lic. SST 10416), identificó brechas en el manejo de sustancias químicas y el cumplimiento del SG-SST.</p> <p>No obstante, se constató que en la visita de seguimiento del 14 de agosto de 2025, la Universidad ejecutó con efectividad las acciones correctivas, preventivas y de mejora propuestas. Este cierre de hallazgos garantiza la mitigación de riesgos químicos y el fortalecimiento de los estándares de seguridad en el área intervenida.</p> <p>Se verificó el cumplimiento de las funciones de vigilancia y control del COPASST mediante la revisión de las actas de gestión correspondientes a la vigencia actual. Se constató la realización de inspecciones de seguridad en diversas sedes y centros de trabajo, incluyendo la sede Villa del Rosario, el CREAD, la Facultad de Salud y el edificio de Comunicación en la ciudad de Cúcuta. Los registros demuestran una cobertura integral de la infraestructura universitaria, permitiendo la identificación de condiciones subestándar y la emisión de recomendaciones para la mejora del entorno laboral.</p>
25.	Mantenimiento periódico de las instalaciones, equipos, máquinas y herramientas	Solicitar la evidencia del mantenimiento preventivo y/o correctivo en las instalaciones, equipos, máquinas y herramientas, de acuerdo con los manuales de uso de estos y los informes de las visitas de inspección o reportes	X	<p>Se verificó la ejecución satisfactoria de las actividades de mantenimiento preventivo y correctivo en las instalaciones físicas de todos los campus de la Universidad de Pamplona, contando con los soportes documentales que avalan las intervenciones en infraestructura. No obstante, se identificó una omisión total en el mantenimiento de maquinarias y equipos durante la vigencia 2025. Esta omisión incrementa el riesgo de accidentes de trabajo derivados de fallas mecánicas o eléctricas y compromete la integridad física de los trabajadores y estudiantes.</p>



Informe de Auditoría Interna Específica

Código

FCI-31 v.01

Página

8 de 1

		de condiciones inseguras			
26.	Entrega de los Elementos de Protección Personal (EPP) y capacitación en uso adecuado	Verificar los soportes del cumplimiento del criterio por parte de los contratistas y subcontratistas. Verificar los soportes que evidencian la realización de la capacitación en el uso de los elementos de protección personal.	X		Se evidencio un avance positivo en el componente de capacitación sobre el uso de EPP gracias al apoyo de la ARL Positiva; no obstante, existe un hallazgo crítico en la gestión de adquisiciones. A pesar de los múltiples requerimientos realizados por el equipo de SST, la oficina de Contratación no ha suministrado las fichas técnicas ni los certificados de conformidad de los elementos adquiridos. La ausencia de estos soportes impide validar la eficacia de los EPP entregados y determinar si cumplen con los estándares de seguridad y protección requeridos para los riesgos evaluados.
27.	Respuesta ante emergencias respuesta ante emergencias	Verificar si existen los planos de las instalaciones que identifican áreas y salidas de emergencia y verificar si existe la debida señalización de la empresa. Verificar los soportes que evidencien la realización de los simulacros y análisis de estos y validar que las recomendaciones emitidas con base en dicho análisis hayan sido tenidas en cuenta en el mejoramiento del plan de emergencias. Solicitar el documento de conformación de la brigada de prevención, preparación y respuesta ante emergencias y verificar los soportes de la capacitación y entrega de la dotación.	X		<p>Se evidenció que, si bien la Universidad de Pamplona cuenta con señalización y rutas de evacuación en sus campus y sedes, no dispone de brigadas de emergencia formalmente conformadas y capacitadas para la vigencia 2025, ni se cuenta con evidencia de ejecución de simulacros institucionales.</p> <p>Así mismo, no se presentan soportes documentales que permitan verificar la capacitación de la brigada ni el análisis de los simulacros realizados, lo cual impide demostrar el cumplimiento del Plan de Prevención, Preparación y Respuesta ante Emergencias, conforme a lo establecido en el Decreto 1072 de 2015 y la Resolución 0312 de 2019.</p> <p>No Conformidad Mayor.</p>
28.	Definición de indicadores del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo	Solicitar los indicadores del Sistema de Gestión de SST definidos por la institución.	X		<p>Se verificó la aprobación formal de la estructura de medición del sistema mediante el Acta N° 012 del 12 de diciembre de 2025. El Grupo de Mejoramiento validó doce (12) fichas técnicas diseñadas bajo los criterios de:</p> <p>Estructura: Comunicación de la política, asignación de recursos y vigencia del plan anual de trabajo.</p> <p>Proceso: Ejecución del plan de capacitación, gestión de riesgos y efectividad de medidas de control.</p> <p>Resultado: Análisis estadístico de accidentalidad (frecuencia, severidad, mortalidad), enfermedad laboral (incidencia, prevalencia) y tasa de ausentismo.</p> <p>La validación por parte del Grupo de Mejoramiento y su posterior trámite ante el SIG garantizan la trazabilidad y estandarización necesaria para una toma de decisiones basada en datos, cumpliendo con los estándares mínimos de la Resolución 0312 de 2019.</p>
29.	Auditoría anual	Solicitar plan de acciones correctivas producto de la vigencia del 2024	X		<p>Se verifico el plan de acciones correctivas producto de la auditoria de la vigencia del 2024 el cual se elaboró a través reunión del Grupo de Mejoramiento, mediante Acta No. 001 del 17 de enero de 2025 con fecha de elaboración del mismo día, en donde se describen 13 actividades con fecha de inicio 31 de marzo del 2025 y fecha de cierre 30 de junio del 2025.</p> <p>Posteriormente, mediante Acta No. 004 del 09 de junio de 2025, el Grupo de Mejoramiento del SG-</p>



Informe de Auditoría Interna Específica

Código FCI-31 v.01

Página 9 de 1

				SST realizó seguimiento y determinó, con base en la evidencia disponible, el grado de avance de las acciones, así como la reprogramación de la fecha de cierre de las acciones que a junio no se habían cumplido, estipulando como nueva fecha el 30 de septiembre de 2025. Se determina un porcentaje de avance del 10%. El 20 de agosto de 2025, el Grupo de Mejoramiento del SG-SST llevó a cabo un nuevo seguimiento al Plan de Acciones Correctivas, evaluando aquellas acciones en proceso y determinando un porcentaje de cumplimiento del 60%. Al cierre de la auditoría, no se evidenció el seguimiento final ni la verificación de eficacia de las acciones planteadas en el plan de mejora. Se identificó que la mayoría de las No Conformidades detectadas en las vigencias 2023 y 2024 son reiterativas, lo cual evidencia que las medidas de intervención implementadas no han sido efectivas para eliminar la causa raíz. Esta falta de cierre administrativo y técnico, sumada a la recurrencia de los hallazgos, compromete la integridad del sistema y constituye una No Conformidad Mayor, de acuerdo con los criterios de mejora continua del SG-SST. El Artículo 2.2.4.6.33 del Decreto 1072 de 2015, establece la obligación de garantizar que las acciones correctivas sean eficaces y cerradas oportunamente.
30.	Revisión por la alta dirección. Alcance de la auditoría del Sistema de Gestión	Soporte de la socialización realizada a la alta dirección	X	Se verificó la existencia del informe final del SG-SST correspondiente a la anualidad 2024; no obstante, no se presentaron soportes documentales (actas de reunión, comunicaciones oficiales o registros de recibido) que acrediten la socialización y entrega formal de dicho informe a la Alta Dirección. La ausencia de este paso impide validar el compromiso de la dirección con el desempeño del sistema y la toma de decisiones basada en los resultados de la vigencia anterior.

Recomendaciones:

- Realizar análisis de los indicadores del SG-SST, integrando la identificación de causas y raíz. Este enfoque permitirá obtener una visión integral del desempeño del sistema, identificar áreas críticas de mejora y diseñar acciones correctivas y preventivas más efectivas, alineadas con los objetivos del sistema de seguridad y salud en el trabajo de la institución. Sin métricas, el ciclo de mejora se rompe porque no hay forma de saber si las acciones correctivas y preventivas del año anterior funcionaron o si se deben ajustar.
- Se sugiere la creación de tableros de control que reflejen el comportamiento real de los indicadores, permitiendo identificar desviaciones y orientar los recursos hacia las áreas de mayor impacto preventivo.
- Realizar revisión técnica y actualización de la **Matriz de Elementos de Protección Personal (EPP)**, garantizando una cobertura total de las dependencias y centros de trabajo de la institución. Es imperativo que la matriz guarde estricta coherencia con la identificación de peligros y valoración de riesgos por cargo y área, asegurando la actualización del censo de trabajadores expuestos. Esta gestión debe incluir la validación de las especificaciones técnicas de los EPP frente a los riesgos detectados, con el fin de garantizar la eficacia de la protección suministrada y el cumplimiento de los estándares de seguridad industrial vigentes.
- Formalizar y documentar los criterios mínimos en Seguridad y Salud en el Trabajo para la evaluación y selección de proveedores y contratistas, asegurando que dichos criterios sean proporcionales al nivel de riesgo de la actividad contratada, verificables y articulados con los procesos de contratación institucionales.
- Conformar, capacitar y dotar formalmente las brigadas de prevención, preparación y respuesta ante emergencias en todas las sedes de la Universidad, así como programar y ejecutar simulacros institucionales, documentando los análisis y planes de mejora derivados de estos, en cumplimiento del Plan de Prevención, Preparación y Respuesta ante Emergencias.

Conclusiones:

- Se reconoce el cumplimiento en Evaluaciones Médicas y Análisis de Puesto de Trabajo (APT). Sin embargo, estos insumos no se transforman en Programas de Vigilancia Epidemiológica (PVE) activos que mitiguen las patologías detectadas (escoliosis y afectaciones visuales), se deben implementar acciones con el fin de disminuir los riesgos de posibles incidentes, accidentes y enfermedades laborales.
- La integración del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) en el ciclo de adquisiciones y contrataciones es un pilar crítico para el control de riesgos desde la fuente. De acuerdo con el Artículo 2.2.4.6.27 del Decreto 1072 de 2015, la institución debe garantizar que cualquier insumo, equipo o sustancia química adquirida cumpla con las especificaciones técnicas de seguridad antes de su ingreso. Sin una validación previa por parte del equipo de SST, la Universidad se expone a la compra



Informe de Auditoría Interna Específica

Código FCI-31 v.01

Página 10 de 1

de Elementos de Protección Personal (EPP) sin certificación de conformidad, maquinaria que no cumple con estándares de seguridad industrial o reactivos químicos peligrosos que la infraestructura actual no puede almacenar de forma segura. Por lo tanto, establecer un filtro técnico en los procesos de compra no es solo un requisito legal, sino una medida de eficiencia administrativa que previene sobrecostos por reposición de materiales inadecuados y, lo más importante, blinda jurídicamente a la institución ante posibles accidentes laborales derivados del uso de elementos defectuosos o no aptos para el riesgo evaluado.

- La generación de evidencia objetiva que respalde la ejecución de las actividades de prevención y control de todas las actividades que se realizan son el soporte de la gestión del SG-SST. La ausencia de actas de reunión y registros de asistencia debidamente diligenciados genera inconsistencias en la trazabilidad del sistema, limitando su capacidad para demostrar el cumplimiento de las obligaciones legales.
- Se debe iniciar el proceso de transición y alineación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (actualmente basado en el Decreto 1072 de 2015) hacia la norma ISO 45001:2018. Aprovechando que la Universidad de Pamplona cuenta con un Sistema Integrado de Gestión (SIG) y una base documental establecida (5 procedimientos y sus formatos asociados), esta migración permitirá estandarizar los procesos bajo la Estructura de Alto Nivel. Esto facilitará la sinergia con otras normas de calidad y ambiente ya implementadas, optimizando la gestión de recursos y fortaleciendo la cultura preventiva mediante un enfoque basado en procesos y riesgos.
- Se observa una vulnerabilidad crítica en el Sistema de Gestión debido al estancamiento de los planes de mejora de las anualidades 2023 y 2024. La ausencia de cierre de estas acciones correctivas ha derivado en un escenario de no conformidades reiterativas, lo cual es interpretado por los entes de control como una evidencia de ineeficacia del SG-SST. Es imperativo ejecutar un plan de choque para el saneamiento de estos hallazgos, entendiendo que la reincidencia técnica constituye una No Conformidad Mayor que pone en riesgo la seguridad de los trabajadores, al permitir que los peligros identificados persistan en el tiempo sin control efectivo.
- A la fecha de la auditoría, la Universidad de Pamplona carece de un Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (**COPASST**) conformado y operativo. Esta situación representa una vulnerabilidad crítica, dado que la institución no cuenta con el soporte técnico y legal que este organismo brinda en la identificación de condiciones subestándar y en la mediación de riesgos laborales. La inactividad del comité no solo eleva la exposición jurídica ante el Ministerio de Trabajo, sino que invalida los procesos de mejora continua que requieren obligatoriamente del aval, la participación y la vigilancia de este órgano consultivo.

Elaborado por:

FABIOLA RAMON FUENTES
Auditora Interna Universidad de Pamplona

Aprobado por:

YESSICA YOVANNA MARQUEZ AMAYA
Directora Control Interno de Gestión