

UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA



INFORME DE AUDITORIA CONTROL INTERNO	Fecha Emisión: 2024/04/10	GI-MA-F-17
	Revisión No.: 2	Página 1 de 15

FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME PRELIMINAR	Día:	29	Mes:	07	Año:	2026
--	------	----	------	----	------	------

FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME FINAL	Día:	02	Mes:	09	Año:	2026
---------------------------------------	------	----	------	----	------	------

1. INFORMACIÓN GENERAL

Macroproceso:	Gestión Administrativa y Logística
Proceso:	Gestión del Talento Humano – SST
Líder de Proceso / Jefe(s) Dependencia(s):	Dra. Elsa Liliana Aguirre Leguizamo
Representante Dirección Alta	Dra. Claudia Ximena López Pareja – Vicerrectora Administrativa
Objetivo de la Auditoría:	Evaluar el grado de cumplimiento, implementación y eficacia del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) de conformidad con lo establecido en la Resolución 0312 de 2019, el Decreto 1072 de 2015 y demás normas legales vigentes que la regulan.
Alcance de la Auditoría:	La auditoría abarcará la revisión del diseño, implementación, mantenimiento y seguimiento del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) para la vigencia 2025 y revisión de contratos vigencias 2024.
Criterios de la Auditoría:	- Resolución No. 0312 de 2019 “Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST”. - Decreto No. 1072 de 2015 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo". - Resolución 2013 de 1986 “Por la cual se reglamenta la organización y funcionamiento de los Comités de Medicina, Higiene y Seguridad Industrial en los lugares de trabajo”.

UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA



	- Resolución 2400 de 1979 “Por la cual se establecen algunas disposiciones sobre vivienda, higiene y seguridad en los establecimientos de trabajo”. - Decreto 1295 de 1994 “Por el cual se determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales”. - Ley 1562 de 2012 “Por la cual se modifica el Sistema de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones en materia de salud ocupacional”. - Directiva Transitoria No. 0060 del 11 de septiembre de 2024 “Por la cual se establecen lineamientos institucionales para la convocatoria, inscripción de aspirantes y conformación del COPASST de la Universidad Militar Nueva Granada”. - Resolución No. 0400 del 10 de marzo de 2025 “Por la cual se conforma el Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo COPASST de la Universidad Militar Nueva Granada para el periodo correspondiente”. - Demás normatividad aplicable.
Auditor Líder	Oscar Rene Díaz Maldonado
Auditor acompañante	- Cont. John Alexander González González - Abg. Alexandra Torres Salgado y - Cont. Julia Clemencia Galindo Jiménez quien se desempeñó como Experta Técnica, culminando sus funciones en la Oficina de Control Interno de Gestión el día 10 de mayo de 2026.

Reunión de Apertura						Ejecución de la Auditoría				Cierre Proceso de Auditoría					
Día	9	Mes	04	Año	2026	Desde	17/04/2026 D / M / A	Hasta	15/06/2026 D / M / A	Día	28	Mes	07	Año	2026

7 RESULTADOS DE LA AUDITORÍA

ASPECTOS RELEVANTES (Describir la actividad relevante que le da valor al proceso o dependencia y el beneficio obtenido)
Aspecto conforme No. 1 Se evidenció que la Universidad cuenta con una estructura documental y metodológica para la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), conformada por políticas, procedimientos, programas, planes de trabajo, indicadores y demás

UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA



instrumentos de gestión, lo que proporciona una base para la planificación, ejecución, seguimiento y mejora continua del sistema.

Aspecto conforme No. 2

Se verificó la implementación de mecanismos de seguimiento al desempeño del SG-SST, mediante la medición de indicadores, la realización de la autoevaluación de estándares mínimos y el funcionamiento de los comités de apoyo (COPASST y Comité de Convivencia Laboral), fortaleciendo el seguimiento a la gestión y la toma de decisiones orientadas a la prevención de riesgos laborales.

Aspecto conforme No. 3

Se evidenció la implementación en la vigencia 2026 del micrositio "**PEC-UMNG**", orientado a centralizar la gestión documental de los recursos físicos del Plan de Emergencias. Esta herramienta integra módulos para la administración de inspecciones, inventarios, hojas de vida y registros de equipos de atención de emergencias, como botiquines y desfibriladores externos automáticos (DEA), entre otros, fortaleciendo la trazabilidad de la información, el control de los recursos y la disponibilidad de los soportes documentales para la gestión y el seguimiento del Plan de Emergencias.

RECOMENDACIONES

(Describir la situación que se recomienda mejorar y el beneficio que se obtendría)

Recomendación No. 1

Se recomienda fortalecer la planeación, seguimiento y trazabilidad presupuestal del SG-SST, documentando las justificaciones y los respectivos planes de acción frente a los procesos declarados desiertos, no ejecutados o con baja ejecución, especialmente aquellos asociados al SVE de riesgo psicosocial, programas de higiene y seguridad industrial, adecuación de escenarios peligrosos, recertificación de puntos de anclaje, dotación de brigadistas y demás actividades críticas para la prevención de riesgos laborales. Así mismo, se sugiere realizar seguimientos periódicos al avance del Plan de Trabajo Anual del SG-SST, con el fin de verificar que los recursos asignados, el estado de ejecución de las actividades programadas y las acciones correctivas o preventivas adoptadas permitan garantizar su cumplimiento. **R1**

Recomendación No. 2

Se recomienda fortalecer la trazabilidad documental de las sesiones del COPASST, registrando en cada acta la fecha de realización de la reunión y las fechas correspondientes a su elaboración, aprobación y suscripción, cuando estas sean diferentes. De igual manera, se recomienda mantener asociados a cada sesión los respectivos soportes, tales como convocatorias, listas de asistencia y demás evidencias, con el fin de facilitar la verificación del cumplimiento de la periodicidad mensual prevista en la normativa aplicable. **R2**

UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA



Recomendación No. 3

Se recomienda conservar el expediente del Comité de Convivencia Laboral de manera diferenciada por sede y periodo, incorporando las actas de instalación, actas de sesión, informes trimestrales, matrices de control de casos, soportes de confidencialidad, evidencias de remisión a la Alta Dirección y demás documentos que permitan mantener la trazabilidad entre la conformación de cada comité, las actuaciones adelantadas, los casos gestionados, los resultados reportados y las recomendaciones formuladas. **R3**

Recomendación No. 4

Se recomienda gestionar ante la División de Gestión Documental la actualización y armonización de la TRD y el FUID con la estructura organizacional vigente, dejando evidencia del trámite y su seguimiento. **R4**

Recomendación No. 5

Se recomienda fortalecer la documentación específica del Plan de comunicación en SGSST, definiendo claramente canales, responsables, medios de divulgación y partes interesadas internas y externas, teniendo en cuenta que el documento PE-CE-PL-2, versión 4, Plan Estratégico de Comunicaciones (PECO), registra en su control de cambios la siguiente modificación: *“Actualización del plan estratégico de comunicaciones, en donde se incluyen aspectos del Sistema de Gestión Ambiental (SGA) y del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST)”*. No obstante, durante la revisión del contenido del documento, no se evidenció la incorporación de aspectos relacionados con el SG-SST que permitieran sustentar el cambio registrado y la inclusión de los medios de comunicación interna y externa del **SGSST**. Se concluye que la Universidad dispone de mecanismos y estrategias de comunicación institucional asociados al SIG y al SG-SST. **R5**

Recomendación No. 6

Durante la revisión del procedimiento PE-PE-P-9 **Gestión para el Cambio Rv. 2 del 18 de agosto del 2020**, se evidenció una inconsistencia documental, toda vez que dentro de su alcance se encuentra el SG-SST, pero este aparece asociado a la **Oficina de Protección al Patrimonio**, cuando funcionalmente corresponde a la **División de Gestión del Talento Humano**. Esta situación puede generar confusión en la asignación de responsabilidades, debilidades en la trazabilidad del proceso y falta de claridad frente a la dependencia competente para gestionar los cambios relacionados con Seguridad y Salud en el Trabajo, por lo que se recomienda la actualización del procedimiento. **R6**

Recomendación No. 7

Se recomienda implementar mecanismos de validación y control de calidad de los datos antes de la emisión del informe, con el fin de verificar la coherencia entre las bases de datos, las gráficas, los análisis estadísticos y las conclusiones presentadas. Lo anterior permitirá contar

UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA



con información confiable, precisa y consistente para la identificación de condiciones sociodemográficas de la población trabajadora, facilitando la toma de decisiones y el diseño de estrategias de intervención acordes con las necesidades reales de la organización. **R7**

Recomendación No. 8

Se recomienda estructurar, documentar e implementar formalmente el Programa de Medicina del Trabajo, definiendo objetivos, actividades, responsables, recursos, indicadores y un cronograma anual de ejecución que permita planificar, desarrollar y evaluar las acciones de promoción y prevención en salud dirigidas a los trabajadores. Asimismo, se sugiere establecer mecanismos de seguimiento y control que permitan evidenciar el cumplimiento de las actividades programadas, medir su cobertura y efectividad, y mantener los soportes correspondientes. Lo anterior, en concordancia con los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo establecidos en la Resolución 0312 de 2019, los cuales disponen la necesidad de planificar, ejecutar, hacer seguimiento y evaluar las actividades de medicina preventiva y del trabajo, garantizando que estas respondan a los riesgos identificados, contribuyan a la prevención de enfermedades laborales y promuevan el mejoramiento continuo de las condiciones de salud de los trabajadores. **R8**

Recomendación No. 9

Se recomienda fortalecer la articulación entre la Sección de Seguridad y Salud en el Trabajo, la División de Contratación y las áreas responsables de la publicación en SECOP, mediante controles previos que permitan identificar y excluir documentos que contengan información médica o datos personales sensibles, garantizando la confidencialidad, la adecuada gestión documental y el cumplimiento de las disposiciones sobre protección de datos personales. **R9**

Recomendación No. 10

Se recomienda fortalecer la gestión de los riesgos clasificados como **No aceptables**, asegurando que todos cuenten con controles específicos, suficientes y técnicamente adecuados para mitigar tanto la probabilidad de ocurrencia como las consecuencias derivadas de su materialización. Asimismo, se debe verificar que los controles registrados correspondan efectivamente a la categoría definida y que la información consignada en la matriz sea completa, consistente y acorde con la metodología institucional vigente. **R10**

Recomendación No. 11

Se recomienda realizar una acción de mejora, orientada a fortalecer la trazabilidad consolidada del cierre de las acciones derivadas de las inspecciones, garantizando que cada hallazgo cuente con responsable, fecha de ejecución, prioridad, evidencia objetiva de cierre y verificación posterior del SG-SST. **R11**

UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA



Recomendación No. 12

Se recomienda conservar la matriz de identificación de peligros, evaluación y valoración de riesgos y determinación de controles IPVRDC actualizada, con campos diligenciados de forma completa, uniforme y bajo criterios homogéneos de codificación, garantizando cobertura periódica en todas las sedes y espacios que hagan parte de la Universidad, dado que cada peligro identificado debe estar relacionado en esta matriz, priorizándose en los planes de intervención, inspecciones, programas de prevención y seguimiento de controles. Cada observación deberá generar una acción verificable, con responsable, fecha programada, evidencia de cierre y validación por parte del SG-SST, fortaleciendo así la trazabilidad y la gestión preventiva del sistema. **R12**

Recomendación No. 13

De acuerdo con los soportes aportados, se evidenció la realización de inspecciones y asesorías técnicas relacionadas con riesgo mecánico, elementos de protección personal, energías peligrosas y uso seguro de herramientas manuales. No obstante, los informes revisados identifican desviaciones relevantes, tales como falta de señalización, uso incompleto de EPP, ausencia de ATS, falta de inspecciones preoperacionales y debilidades en el control de contratistas. En consecuencia, se recomienda fortalecer el seguimiento a las acciones correctivas derivadas de estas inspecciones, garantizando su cierre oportuno, trazabilidad y verificación de eficacia dentro del SG-SST **R13**

Recomendación No. 14

Se recomienda fortalecer el control operacional del riesgo mecánico mediante señalización visible, inducciones específicas, verificación del uso de EPP, inspecciones preoperacionales, aplicación de ATS y permisos de trabajo cuando aplique, retiro de herramientas defectuosas, suspensión de actividades inseguras y seguimiento a contratistas expuestos a este riesgo. **R14**

Recomendación No. 15

Actualizar los planos de emergencia de las sedes Campus, Calle 100 y Street 100, asegurando que reflejen de manera precisa y completa las condiciones actuales de las instalaciones, incluyendo la totalidad de los extintores, camillas, rutas de evacuación, puntos de encuentro y demás elementos de atención de emergencias. Asimismo, se recomienda incorporar las modificaciones locativas realizadas, como la ampliación del Hub de Innovación sede campus, y establecer un mecanismo de revisión y actualización periódica de los planos, con el fin de garantizar que la información disponible para estudiantes, visitantes y colaboradores sea confiable y facilite una respuesta oportuna y efectiva ante situaciones de emergencia. **R15**

Recomendación No. 16

Se recomienda garantizar que los extintores ubicados en todas las instalaciones de la Universidad permanezcan permanentemente libres de cualquier tipo de obstrucción que dificulte

UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA



o impida su acceso y utilización en caso de emergencia. Para ello, se sugiere realizar inspecciones periódicas de los equipos contra incendios y de las áreas circundantes, establecer controles que permitan identificar y corregir oportunamente condiciones de bloqueo, y reforzar las actividades de sensibilización dirigidas a la comunidad universitaria sobre la importancia de mantener despejadas las rutas de acceso a los equipos de emergencia. Lo anterior, con el fin de asegurar una respuesta rápida y efectiva ante eventos que requieran su utilización, en cumplimiento de los lineamientos de seguridad y salud en el trabajo y de los planes institucionales de prevención y atención de emergencias. **R16**

Recomendación No.17

Se recomienda que las acciones correctivas y de mejora que se formulen como resultado de los hallazgos identificados en la presente auditoría sean incorporadas al plan de mejoramiento institucional, estableciendo responsables, recursos, plazos de ejecución e indicadores de seguimiento que permitan verificar su eficacia. Así mismo, es importante realizar seguimiento periódico al cierre de las acciones implementadas, con el propósito de prevenir la recurrencia de los hallazgos, fortalecer la cultura de mejora continua y garantizar la sostenibilidad del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. **R17**

Recomendación No.18

Se recomienda fortalecer los mecanismos internos de seguimiento, y control documental de la ejecución contractual, de manera que se consolide oportunamente la información relacionada con las cantidades contratadas, recibidas, ingresadas al almacén, entregadas y asignadas; se identifiquen las diferencias que puedan presentarse entre los distintos soportes; y se deje evidencia de su revisión, validación y aclaración. **R18**

Recomendación No. 19

Se recomienda depurar los valores, porcentajes de ejecución y pagos registrados en los diferentes documentos contractuales del contrato OS 092 de 2024, de manera que las actas de supervisión reflejen de forma cierta, coherente y verificable el estado real de ejecución. **R19**

Recomendación No. 20

Se recomienda fortalecer los controles ejercidos por la supervisión, de manera que las actas e informes reflejen de forma completa y consistente las condiciones reales de ejecución, incluidas las modificaciones y prórrogas aprobadas, y permitan determinar con certeza el periodo durante el cual se ejecutaron y recibieron las obligaciones contractuales. **R20**

Recomendación No. 21

Se recomienda fortalecer los mecanismos de control, registro y seguimiento de los bienes de consumo asociados al Plan de Emergencias, con el propósito de asegurar la trazabilidad entre su adquisición, entrega, ubicación, disponibilidad y consumo. Así mismo, resulta pertinente consolidar la información relacionada con la distribución e inventario de estos elementos, de

UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA



manera que pueda ser consultada, verificada y contrastada oportunamente en futuras adquisiciones, verificaciones físicas y actividades de supervisión contractual. **R21**

Recomendación No. 22

Se recomienda que el registro se conserve de forma consolidada y contener información suficiente sobre el elemento entregado, el funcionario beneficiario, la dependencia, la fecha y motivo de asignación, el soporte de aceptación o firma y, cuando corresponda, el resultado de las verificaciones físicas realizadas en auditorías o seguimientos posteriores. **R22**

HALLAZGOS

(Descripción del Problema + Evidencia Objetiva + Requisito Incumplido)

Hallazgo No.1

Ausencia de soportes de capacitación de los integrantes del COPASST. No se evidenciaron los soportes que acrediten la capacitación de los integrantes del COPASST, tales como listados de asistencia, certificados, convocatorias, presentaciones o registros equivalentes. Incumpliendo con lo previsto en el Artículo 2.2.4.6.9 del Decreto 1072 de 2015, el cual establece la obligación del empleador de garantizar la capacitación en seguridad y salud en el trabajo y la participación de los trabajadores y sus representantes en las actividades del SG-SST. **H1**

Hallazgo No. 2

Debilidades en la conservación y disponibilidad de los registros que soportan la ejecución de las actividades de capacitación del Programa de Cultura de Aprendizaje, toda vez que para los riesgos biológico (mayo y noviembre de 2025), químico (mayo de 2025), psicosocial (noviembre de 2025) y emergencias (marzo, mayo, junio y noviembre de 2025), no fueron suministradas las listas de asistencia ni las evaluaciones de las jornadas de aprendizaje. Lo anterior evidencia el incumplimiento del numeral 5, **Descripción de Actividades**, del Programa de Cultura de Aprendizaje, el cual establece como requisito el diligenciamiento del registro de asistencia y la evaluación de cada jornada de aprendizaje como mecanismos de control y seguimiento de las actividades ejecutadas; así mismo, incumple lo dispuesto en la **Resolución 0312 de 2019**, en el estándar mínimo relacionado con la **Capacitación en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo**, que exige mantener registros que demuestren la ejecución y el seguimiento de las actividades de capacitación desarrolladas en el marco del SG-SST. **H2**

Hallazgo No.3

Incumplimiento en la ejecución y documentación de las actividades de inducción y reinducción en Seguridad y Salud en el Trabajo, No se evidenciaron funcionarios en las actividades de inducción y reinducción, teniendo en cuenta que en la revisión de las actas (Acta 01 - Inducción y Reinducción 2025, Acta 3ra Jornada De Inducción Nov. 2025 y Acta Inducción junio 2025),

UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA



se constató que para treinta y uno (31) de los treinta y siete (37) funcionarios activos y funcionarios que ingresaron del 1 de enero al 31 de diciembre de 2025, seleccionados en la muestra no fueron aportados los soportes que acrediten la realización de la reinducción en Seguridad y Salud en el Trabajo, lo anterior incumple lo establecido en la **Resolución 0312 de 2019**, que señala *“la obligación de realizar actividades de inducción y reinducción incluidas en el programa de capacitación, dirigidas a todos los trabajadores, independientemente de su forma de vinculación o contratación, antes del inicio de sus labores y durante su permanencia en la entidad, abordando aspectos generales y específicos de las funciones a desempeñar, la identificación de peligros, el control de riesgos y la prevención de accidentes de trabajo y enfermedades laborales.* **H3**

Hallazgo No.4

Desactualización de la matriz legal del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) se evidenció que la matriz legal o normograma de la Sección de Seguridad y Salud en el Trabajo conserva referencias o normas derogadas, sustituidas o que actualmente solo constituyen antecedentes normativos, y no incorpora de manera integral disposiciones vigentes aplicables al SG-SST, a los riesgos laborales y a la convivencia laboral; situación que incumple lo dispuesto en el artículo 16 de la Resolución 0312 de 2019 del Ministerio del Trabajo, respecto del estándar mínimo de **matriz legal**, el cual exige definir una matriz que contemple las normas actualizadas del Sistema General de Riesgos Laborales aplicables a la entidad, incluyendo normas vigentes en riesgos laborales, normas técnicas de cumplimiento y disposiciones aplicables según los peligros y riesgos identificados. **H4**

Hallazgo No.5

Incumplimiento en la implementación y documentación del procedimiento de gestión del cambio en el SG-SST, No se evidencio documentación que permitiera verificar la identificación de la necesidad del cambio, el diagnóstico de la situación actual, la planificación de las acciones, la evaluación de riesgos e impactos en SST, ni el diligenciamiento de los formatos definidos institucionalmente para la gestión del cambio, toda vez que no fueron aportadas evidencias que demostraran la aplicación del proceso de gestión del cambio frente a modificaciones realizadas en instalaciones físicas, traslados de oficinas, adecuaciones locativas, redistribución de espacios de trabajo o cambios operativos con potencial impacto en las condiciones de Seguridad y Salud en el Trabajo. Lo anterior incumple lo establecido en el **Estándar Mínimo 2.11.1 “Evaluación del impacto de cambios internos y externos en el SG-SST” del artículo 16 de la Resolución 0312 de 2019**, el cual exige evaluar el impacto sobre la seguridad y salud en el trabajo derivado de cambios internos o externos; así mismo, incumple el **Procedimiento Gestión para el Cambio**, revisión 2 del 18 de agosto de 2020, específicamente el numeral **5.3 “Fases del cambio”**, que establece la obligación de identificar la necesidad del cambio, realizar el diagnóstico de la situación actual, planificar las acciones del cambio, evaluar el impacto sobre la Seguridad y Salud en el Trabajo, documentar dicha evaluación en el formato de Gestión del Cambio y SST y efectuar el control y evaluación de los cambios implementados. **H5**

UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA



Hallazgo No.6

Debilidades en el seguimiento y control del programa de vigilancia epidemiológica para exposición a radiaciones ionizantes, No se cuenta con las evidencias correspondientes al informe anual de dosimetría, ni los exámenes ocupacionales requeridos, mediante correo electrónico del 12 de mayo de 2026, se solicitaron dichos soportes y no fueron aportados en consecuencia, no fue posible verificar la ejecución y seguimiento de las actividades definidas en el GI-SS-M-4 Manual del Sistema de Vigilancia Epidemiológica para Radiaciones Ionizantes en sus numerales **“8.1 En el individuo expuesto Realizar dosimetría personal mensual para todo el personal expuesto a radiaciones ionizantes. Esta dosimetría será con dosímetros de película o TLD (termoluminiscencia), 12.1 Evaluación de ingreso al Sistema de Vigilancia Epidemiológica Para esta actividad se realizará una evaluación médica ocupacional de ingreso - Periódico - Egreso y exámenes de laboratorio con énfasis en los órganos blancos, 12.3. Evaluación de salida del Sistema de Vigilancia Epidemiológica Cuando por cualquier motivo el estudiante deje de ser objeto del sistema de vigilancia epidemiológica (traslado, reubicación, finalización de práctica, etc.) se le debe practicar un examen médico y hemograma completo, en las mismas condiciones en las que se realizó los de entrada al sistema y las de seguimiento y 10.3 Población objeto de seguimiento. Reportes de dosimetría del último año”**, lo que afecta la trazabilidad, el control y la demostración del cumplimiento de las medidas de vigilancia de la salud de la población expuesta. **H6**

Hallazgo No.7

Se evidenciaron debilidades en la ejecución, seguimiento y conservación de los registros relacionados con los exámenes médicos ocupacionales de los trabajadores. De una muestra de 27 colaboradores, para cinco (5) funcionarios activos no fueron aportadas evidencias de la realización de los exámenes médicos periódicos. Adicionalmente, para trece (13) funcionarios activos, aunque se suministraron soportes de citación y asistencia a los exámenes médicos, las fechas de ejecución registradas corresponden a los años 2023, 2025 y 2026, situación que no permite verificar el cumplimiento de la periodicidad establecida en el numeral **5.3 “Exámenes Periódicos o Cambio de Ocupación”** del Procedimiento de Exámenes Médicos, versión 2 del 05/02/2021, el cual *dispone que estos exámenes deben realizarse de manera anual o cada dos años, según los riesgos asociados a cada cargo*. Asimismo, para un funcionario vinculado durante la vigencia 2025 no fue aportada evidencia de la realización del examen médico de ingreso, incumpliendo lo establecido en el numeral **5.2 “Examen Médico de Ingreso”** del mismo procedimiento, el cual tiene como finalidad determinar la aptitud del trabajador para el desempeño de sus funciones, identificar restricciones médicas y establecer condiciones de salud que puedan agravarse con ocasión de las actividades laborales. **H7**

Hallazgo No.8

Incumplimiento en la implementación de actividades de promoción y prevención para estilos de vida y entornos saludables en el SG-SST, Se evidenció que la Universidad Militar Nueva

UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA



Granada no ha implementado actividades, programas o controles orientados a la promoción de estilos de vida y entornos saludables dentro del SG-SST, específicamente frente al tabaquismo, alcoholismo, farmacodependencia y otros factores de riesgo. Lo anterior fue informado por la dependencia auditada mediante correo electrónico, indicando que *“No realizan pruebas de alcoholimetría ni tamizajes por no contar con médico especialista en SST certificado por Medicina Legal ni con los equipos requeridos.”* Adicionalmente, en la autoevaluación de Estándares Mínimos del SG-SST vigencia 2024, el estándar 3.1.7 “Estilos de vida y entornos saludables” fue calificado como “No cumple”, sin que se aportaran evidencias de acciones alternativas de promoción o prevención. Esta situación incumple lo establecido en la Resolución 0312 de 2019, Estándar Mínimo 3.1.7, y el artículo 2.2.4.6.8 del Decreto 1072 de 2015, relacionados con la implementación de actividades de promoción y prevención para proteger la salud de los trabajadores. Y los estándares mínimos del SG-SST. Si bien las pruebas de alcoholimetría y sustancias psicoactivas deben cumplir lo señalado en el artículo 2.2.4.6.24, párrafo 2, del Decreto 1072 de 2015, esta condición no exime a la universidad de desarrollar estrategias preventivas alternativas, tales como, sensibilizaciones, controles administrativos o programas de hábitos saludables. **H8.**

Hallazgo No.9

Incumplimiento en la oportunidad del reporte e investigación de accidentes de trabajo, Se evidenció incumplimientos en los tiempos establecidos para el reporte de accidentes de trabajo a la ARL y a la EPS, así como para la ejecución de las investigaciones correspondientes. En este sentido, se verificó que los accidentes deben notificarse a dichas entidades dentro de los dos (2) días hábiles siguientes a la ocurrencia del evento y que la investigación debe efectuarse dentro de los quince (15) días calendario posteriores. No obstante, para los funcionarios identificados con las cédulas **80733XXX, 1233693XXX, 52006XXX y 79727XXX**, la notificación a la EPS se realizó con retrasos de **5, 6, 11 y 12 días hábiles**, respectivamente. Adicionalmente, para el funcionario con cédula **79727XXX**, el reporte a la ARL se efectuó **48 días** después de ocurrido el accidente y la investigación se llevó a cabo **34 días** posteriores al mismo. Lo anterior contraviene lo dispuesto en el artículo 2.2.4.2.3.13 del Decreto 1072 de 2015, el cual establece que la investigación de los accidentes de trabajo debe realizarse en un término no superior a quince (15) días contados a partir del reporte del evento, con el fin de determinar sus causas y definir las acciones preventivas correspondientes; asimismo, incumple lo previsto en el artículo 2.2.4.1.7 del citado decreto, que dispone la obligación de reportar los accidentes de trabajo a las entidades competentes dentro de los dos (2) días hábiles siguientes a su ocurrencia **H9**

Hallazgo No.10

Debilidad en la implementación y trazabilidad de las acciones derivadas de las mediciones higiénicas ocupacionales no se aportaron soportes documentales que acrediten la implementación, cierre y verificación de eficacia de las acciones técnicas y administrativas recomendadas, tales como registros de mantenimiento, órdenes de trabajo, evidencias fotográficas de intervención, actas de socialización, listados de asistencia, soportes de

UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA



capacitación, registros de entrega y uso de elementos de protección personal, dosimetrías, audiometrías o nuevas mediciones posteriores a las intervenciones. Lo anterior incumple lo establecido en el artículo 16 de la Resolución 0312 de 2019, estándar **“Acciones preventivas y/o correctivas”**, el cual dispone que se deben **definir e implementar las acciones preventivas y/o correctivas necesarias** con base en los resultados de la supervisión, inspecciones, medición de indicadores del SG-SST, entre otros, y las recomendaciones del COPASST, señalando como modo de verificación la solicitud de la evidencia documental de la implementación de dichas acciones. **H10**

Hallazgo No.11

Debilidades en el seguimiento y la trazabilidad del mantenimiento de instalaciones, equipos, máquinas y herramientas, se evidenció falta de seguimiento y trazabilidad institucional sobre el mantenimiento periódico de instalaciones, equipos, máquinas y herramientas, debido a que durante la auditoría no se aportaron evidencias que permitieran verificar de manera integral la ejecución de mantenimientos preventivos y correctivos, el control consolidado institucional, la trazabilidad de las hojas de vida de equipos y herramientas, ni el seguimiento del SG-SST. Esta situación incumple lo establecido en el **Estándar Mínimo 4.2.5 “Mantenimiento periódico de instalaciones, equipos, máquinas y herramientas” de la Resolución 0312 de 2019**, así como los artículos **2.2.4.6.8 y 2.2.4.6.12 del Decreto 1072 de 2015**, relacionados con la implementación y seguimiento de medidas de prevención y control para mantener condiciones seguras en los lugares de trabajo. **H11**

Hallazgo No.12

Incumplimiento en la disponibilidad y señalización de botiquines de primeros auxilios. No se evidenció la ubicación, señalización ni disponibilidad de botiquines de primeros auxilios. Al ser una institución de educación superior pública con alta afluencia de comunidad académica y externa, esta omisión representa un incumplimiento directo de la normativa nacional vigente: decreto 1072 de 2015 (Art. 2.2.4.6.25): *El cual obliga a los empleadores a implementar un plan de prevención, preparación y respuesta ante emergencias que incluya los recursos técnicos y equipos necesarios para la atención de primeros auxilios*, Resolución 2400 de 1979 (Art. 223): *Que exige a todo lugar de trabajo disponer de los medios necesarios para prestar primeros auxilios*, Ley 115 de 1994 (Ley General de Educación) junto con la Guía 11 del Ministerio de Educación Nacional: *Que instan a las instituciones educativas a garantizar entornos escolares seguros a través de sus Planes Escolares de Gestión del Riesgo*. La carencia de estos elementos limita la capacidad de respuesta institucional frente a incidentes o emergencias médicas dentro del campus universitario. **H12**

Hallazgo No.13

Incumplimiento en los requisitos de capacitación y entrenamiento de la Brigada de Prevención, Preparación y Respuesta ante Emergencia. No se cuenta con registros que demuestren la capacitación y el entrenamiento de los integrantes de la Brigada de Prevención, Preparación y

UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA



Respuesta ante Emergencias, o que dichas actividades se desarrollen de manera periódica y conforme a las necesidades identificadas en el plan de emergencias. Esta situación constituye un incumplimiento del numeral **5.1.2 Brigada de prevención, preparación y respuesta ante emergencias**, así como de lo establecido en la **Ley 1523 de 2012**, que promueve el fortalecimiento de las capacidades para la gestión del riesgo de desastres, y del **Decreto 1072 de 2015**, que establece la obligación del empleador de desarrollar acciones de prevención, preparación y respuesta ante emergencias, garantizando que la brigada de emergencias reciba la capacitación, entrenamiento y actualización necesarios para responder de manera eficaz ante eventos que puedan afectar a los trabajadores, las instalaciones y el medio ambiente. **H13**

Hallazgo No.14

Incumplimiento en la definición, medición y seguimiento de los indicadores del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST). Durante la auditoría se evidenció que el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) no tiene **definidos los indicadores propios del sistema que permitan evaluar su desempeño de acuerdo con las condiciones, características y necesidades de la Universidad, distintos de los indicadores mínimos obligatorios establecidos en la normativa**. Asimismo, no se evidenció una metodología documentada que establezca los criterios para la definición, medición, análisis, seguimiento y evaluación de dichos indicadores, ni fichas técnicas para los indicadores de estructura, proceso y resultado que contemplen elementos mínimos como el nombre del indicador, objetivo, fórmula de cálculo, variables, fuente de información, periodicidad de medición, meta y responsable de su seguimiento. Lo anterior incumple lo establecido en el artículo 16 estándares mínimos “objetivos SST” de la Resolución 0312 de 2019, que exige definir los indicadores del SG-SST y la metodología para su medición, evaluación y seguimiento. **H14**

Hallazgo No.15

Desactualización de la información documentada y deficiencias en el control de cambios del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. Información desactualizada respecto a la estructura organizacional y a la asignación de responsabilidades. Específicamente, en el numeral 3 “Control” se establece que *la Oficina de Protección del Patrimonio, a través de la Sección de Seguridad y Salud en el Trabajo, es la responsable de garantizar la ejecución de los exámenes médicos ocupacionales, realizar la contratación de la IPS, mantener actualizadas las estadísticas correspondientes y establecer comunicación con las autoridades competentes*. Sin embargo, la gestión del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo se encuentra bajo la responsabilidad de la División de Gestión del Talento Humano, de conformidad con lo establecido en la Resolución 0590 de 2022, numeral 4.4.2. Así mismo evidenció que las modificaciones efectuadas a los documentos relacionados en la Tabla 54 no cuentan con los soportes de solicitud de actualización remitidos mediante correo electrónico a la División de Gestión de Calidad, requisito establecido en el numeral 6.4.5 “Divulgación, modificación y eliminación de los documentos” del Manual de Procesos e Información Documentada del SIG, versión 17 del 30 de junio de 2025 el cual establece “ **Modificación o eliminación de los**

UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA



documentos: Si se requiere realizar un ajuste, cambio, modificación o eliminación a los documentos existentes, la dependencia correspondiente debe solicitar a través de correo electrónico, el documento vigente con el fin de realizar los ajustes correspondientes, de igual manera puede solicitar la eliminación de un documento en Kawak. La modificación o ajuste a los documentos puede realizarse en forma general a los documentos o en forma parcial a las respectivas secciones o capítulos del documento en el caso de los manuales. Al ser modificado o eliminado el documento, Kawak retira automáticamente la información del sistema y la traslada al submódulo de documentos obsoletos, sin embargo, es responsabilidad de cada dependencia o funcionario garantizar que sea utilizada la última versión de los documentos". **H15**

Hallazgo No.16

Debilidad en la conservación y trazabilidad documental de la entrega de elementos destinados a la atención de emergencias No se evidenció soporte documental consolidado que permita verificar la trazabilidad completa de la distribución, entrega, ubicación final y disponibilidad de los bienes de consumo adquiridos y entregados para la atención de emergencias durante las vigencias 2024 y 2025, incumpliendo con lo establecido Artículo 2.2.4.6.13, numeral 5, del Decreto 1072 de 2015, relacionado con la conservación documental del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, el cual establece la conservación del registro del suministro de elementos y equipos de protección personal. Si bien los bienes verificados corresponden a elementos de atención de emergencias y no necesariamente a elementos de protección personal, La ausencia de un soporte consolidado de distribución y ubicación final limita la trazabilidad documental de los recursos destinados a la atención de emergencias, dificulta verificar la destinación efectiva de los bienes adquiridos, reduce el control sobre su disponibilidad real y puede afectar la oportunidad de seguimiento frente a los elementos requeridos para la respuesta ante emergencias. **H16**

CONCLUSIONES DE LA AUDITORÍA

En el desarrollo de la auditoría se evidencia que la Universidad dispone de una estructura organizacional, documental y operativa para la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), evidenciándose la existencia de políticas, procedimientos, programas, matrices, mecanismos de planificación, seguimiento y control, así como la conformación y funcionamiento de las diferentes instancias de participación requeridas por la normatividad vigente. De igual forma, se verificó la ejecución de actividades asociadas a la gestión de los riesgos laborales, la vigilancia de la salud de los trabajadores, la investigación de accidentes e incidentes, la ejecución de programas de prevención y la realización de procesos de seguimiento mediante indicadores.

Como resultado de la verificación de los requisitos legales y técnicos aplicables, se evidenció cumplimiento en aspectos relacionados con la estructura del sistema, la existencia de programas

UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA

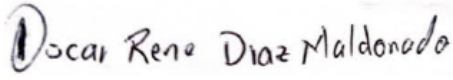


de gestión, la conformación de los comités de apoyo, la ejecución de actividades de prevención, la gestión de residuos peligrosos, el seguimiento a indicadores, la elaboración de planes de trabajo, la implementación de mecanismos para la identificación de peligros y la ejecución de procesos de evaluación del desempeño del sistema. Estos elementos reflejan el compromiso institucional con el desarrollo del SG-SST y constituyen una base importante para la consolidación de la mejora continua.

No obstante, durante el desarrollo de la auditoría se identificaron debilidades que afectan la eficacia de algunos controles implementados, principalmente relacionadas con la actualización de la matriz de requisitos legales, la oportunidad y suficiencia de determinados registros, la aplicación de la metodología para la identificación de peligros y valoración de riesgos, la trazabilidad documental, la ejecución y seguimiento de algunas actividades del sistema, la gestión de acciones derivadas de la autoevaluación de estándares mínimos y el fortalecimiento de los mecanismos de control frente al cumplimiento de requisitos legales. Estas situaciones evidencian oportunidades de mejora orientadas a fortalecer la capacidad del sistema para prevenir desviaciones y garantizar el cumplimiento integral de las disposiciones normativas.

En la verificación de los riesgos institucionales asociados al SG-SST se observó que los controles establecidos han contribuido a la administración de los riesgos identificados; sin embargo, su eficacia fue parcial en algunos casos, debido a las debilidades identificadas durante la auditoría. En consecuencia, resulta necesario fortalecer la ejecución, documentación y seguimiento de dichos controles, asegurando que las acciones implementadas sean suficientes para prevenir la materialización de los riesgos y mantener actualizados los instrumentos de gestión que soportan la toma de decisiones.

Finalmente, los hallazgos, observaciones y recomendaciones formulados en el presente informe constituyen oportunidades para fortalecer el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo desde un enfoque preventivo y de mejora continua. En este sentido, se recomienda que el proceso auditado formule e implemente un plan de mejoramiento que incorpore acciones correctivas y preventivas, establezca responsables y plazos de ejecución, y contemple mecanismos de seguimiento que permitan verificar la efectividad de las acciones implementadas y su contribución al fortalecimiento del desempeño institucional del SG-SST y al cumplimiento de los requisitos establecidos en la normatividad vigente.

Elaborado por:	Aprobado por:
 Oscar Rene Díaz Maldonado Auditor Líder	 Claudia Johanna Crane Santander Jefe Oficina Control Interno de Gestión

UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA



INFORME DE AUDITORIA CONTROL INTERNO	Fecha Emisión: 2024/04/10	GI-MA-F-17
	Revisión No.: 2	Página 1 de 10

FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME PRELIMINAR	Día:	29	Mes:	07	Año:	2026
---	------	----	------	----	------	------

FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME FINAL	Día:	02	Mes:	09	Año:	2026
------------------------------------	------	----	------	----	------	------

1. INFORMACIÓN GENERAL

Macroproceso:	Gestión Administrativa y Logística
Proceso:	Gestión Logística Bogotá Gestión Logística Campus Nueva Granada División de Talento Humano -Seguridad y Salud en el Trabajo
Líder de Proceso / jefe(s) Dependencia(s):	CR (R) Jaime Humberto Correa Valencia - Jefe Dirección Administrativa Campus Cajicá CR (R) José Fernedy Camero Menza - Jefe de la División Logística Bogotá Dra. Elsa Liliana Aguirre Leguizamo, Jefe División de Gestión del Talento Humano. PE. Yoana Mireya Rojas Muñoz, Seguridad y Salud en el Trabajo
Representante Alta Dirección	Doctora Claudia Ximena López Pareja - Vicerrectora Administrativa MG (R) Juan Vicente Trujillo Muñoz - Vicerrector del Campus Nueva Granada
Objetivo de la Auditoría:	Evaluar el diseño, implementación y verificación del Plan Estratégico de Seguridad Vial (PESV), de conformidad con lo establecido en la Resolución 20223040040595 de 2022, con el fin de identificar acciones de mejora tendientes al cumplimiento de los requisitos legales.
Alcance de la Auditoría:	La auditoría abarca el diseño, implementación y verificación del Plan Estratégico de Seguridad Vial (PESV) para la Vigencia 2025; y respecto a los contratos perfeccionados se evaluará la ejecución de las vigencias 2024 y 2025. Asimismo, el cumplimiento de los requisitos establecidos en la Resolución 20223040040595 de 2022.

UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA



Criterios de la Auditoría:						• Ley 1503 de 2011 “Por la cual se promueve la formación de hábitos, comportamientos y conductas seguros en la vía y se dictan otras disposiciones”. • Decreto No. 1072 de 2015 " Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo" • Resolución No. 20223040040595 del 12 de julio de 2022 “Por el cual es adopta la metodología para el diseño, implementación y verificación de los planes estratégicos de Seguridad Vial y se dictan otras disposiciones”. • Resolución n° 1932 de 22-11-2024 “Por el cual se adopta el plan estratégico de seguridad vial (PESV) de acuerdo con la normatividad vigente”. • Demás normatividad aplicable.									
Auditor Líder						Oscar Rene Diaz Maldonado									
Auditor acompañante						Cont. John Alexander González González Abg. Alexandra Torres Salgado									
Reunión de Apertura						Ejecución de la Auditoría				Cierre Proceso de Auditoría					
Día	09	Mes	04	Año	2026	Desde	17/04/2026 D / M / A	Hasta	19/06/2026 D / M / A	Día	28	Mes	07	Año	2026

8. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA

ASPECTOS RELEVANTES
Como resultado de la auditoría realizada al Plan Estratégico de Seguridad Vial (PESV) de la Universidad Militar Nueva Granada, se destacan los siguientes aspectos relevantes: 1. Se evaluaron dieciocho (18) pasos correspondientes a las fases de Planificación, Implementación y Ejecución, Seguimiento y Mejora Continua, de los requisitos establecidos en la Resolución No. 20223040040595 de 2022. 2. La auditoría determinó un 63% de cumplimiento de los requisitos aplicables, evidenciando un avance en la implementación del Plan Estratégico de Seguridad Vial frente a la auditoría realizada en la vigencia 2024, en la cual el nivel de cumplimiento correspondió al 33 %.

UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA



3. Se evidenció un adecuado nivel de implementación de los componentes relacionados con la planificación, la gestión de riesgos viales, la capacitación, las inspecciones preoperacionales, el mantenimiento de la flota, la preparación y respuesta ante emergencias y la gestión operativa del PESV.
4. Los resultados obtenidos evidencian un fortalecimiento progresivo del sistema de gestión de seguridad vial; sin embargo, es necesario continuar implementando acciones que permitan alcanzar el cumplimiento integral de los requisitos establecidos por la normatividad vigente.

RECOMENDACIONES

Recomendación 1

Se recomienda fortalecer el seguimiento periódico al PESV mediante la programación y documentación de mesas de trabajo durante cada vigencia, dejando evidencia del análisis de indicadores, cumplimiento del plan de trabajo y toma de decisiones por parte del líder del PESV y la Alta Dirección. **R1**

Recomendación 2

Se recomienda mantener actualizado el diagnóstico de seguridad vial, incorporando de manera oportuna los cambios en la operación institucional, la caracterización de actores viales, la siniestralidad y los riesgos identificados, garantizando su articulación con la evaluación de riesgos y el plan de trabajo anual. **R2**

Recomendación 3

Se recomienda continuar fortaleciendo la herramienta de evaluación y control de riesgos, asegurando que las matrices de riesgos sean revisadas cada vez que se presenten cambios significativos en la operación o la ocurrencia de siniestros viales. **R3**

Recomendación 4

Se recomienda fortalecer la gestión documental del Sistema Integrado de Gestión, garantizando que los procedimientos, protocolos y demás documentos asociados al PESV sean revisados, aprobados, codificados y controlados oportunamente en la plataforma KAWAK antes de su implementación, asegurando la trazabilidad documental y el cumplimiento de los lineamientos institucionales. **R4**

UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA



Recomendación 5

Se recomienda mantener el seguimiento periódico a la ejecución de los programas y procedimientos implementados mediante indicadores, registros de inspección, informes de seguimiento y análisis de resultados, con el fin de verificar su eficacia, identificar oportunidades de mejora y fortalecer el proceso de toma de decisiones. **R5**

Recomendación 6

Se recomienda continuar fortaleciendo la estrategia de inspecciones preoperacionales mediante el seguimiento a la calidad de los registros diligenciados por los conductores y la verificación del cierre oportuno de las novedades detectadas durante las inspecciones. **R6**

Recomendación 7

Se recomienda mantener actualizado el plan de mantenimiento preventivo de la infraestructura vial y del parque automotor, incorporando revisiones periódicas sobre la señalización, zonas de conflicto vial y condiciones de seguridad de las vías internas, de acuerdo con los resultados de las inspecciones realizadas. **R7**

Recomendación 8

Se recomienda continuar fortaleciendo las actividades de capacitación, simulación y preparación para la atención de emergencias viales, promoviendo la participación de todos los actores viales y documentando las oportunidades de mejora identificadas durante los simulacros para retroalimentar el PESV. **R8**

Recomendación 9

Se recomienda evaluar el contenido técnico del documento "Procedimiento Planificación de Desplazamientos Laborales", elaborado por la ARL AXA Colpatria/Nixus, con el fin de determinar la pertinencia de incorporar los lineamientos que resulten aplicables al Sistema Integrado de Gestión de la Universidad. En caso de adoptarse, se sugiere formalizar dichos lineamientos mediante un procedimiento institucional debidamente revisado, aprobado, codificado y controlado en la plataforma KAWAK, garantizando su trazabilidad y aplicación dentro del Plan Estratégico de Seguridad Vial (PESV). **R9**

Recomendación 10

Se recomienda mantener actualizados y realizar la revisión periódica de los documentos que soportan la implementación del Plan Estratégico de Seguridad Vial (PESV), asegurando su alineación con la Resolución 40595 de

UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA



2022, los cambios en la operación institucional y los lineamientos del Sistema Integrado de Gestión. En especial, se sugiere revisar y, de ser necesario, actualizar el "Instructivo de Capacitación en Seguridad Vial" (GA-GL-I-2, Versión 2, implementación 21/02/2021), el "Procedimiento de Transportes" (GA-GL-P-3, Versión 2, implementación 02/07/2020) y el "Procedimiento de Mantenimiento de Equipos Fijos, Planta Física y Vehículos" (GA-GL-P-2, Versión 3, implementación 07/01/2021), entre otros; con el fin de garantizar que la documentación vigente responda a las necesidades actuales de la operación y contribuya al fortalecimiento de la gestión de la seguridad vial.

R10

Recomendación 11

Se recomienda revisar y corregir en el aplicativo Kawak los indicadores ID 1011 ("Gestión de Riesgos Viales") e ID 1025 ("Riesgos de Seguridad Vial Identificados"), dado que actualmente comparten la misma fórmula de cálculo basada en la relación de riesgos con valoración alta al inicio y al final del año; es necesario diferenciar claramente el propósito, alcance y método de cálculo de cada uno para evitar confusiones en la trazabilidad de la información y asegurar una adecuada toma de decisiones en la gestión del riesgo vial. **R11**

Recomendación 12

Se recomienda que se diseñen e implementen planes de acción específicos para abordar el bajo rendimiento de los indicadores mínimos que cerraron el año 2025 por debajo de la meta establecida, prestando especial atención a:

- **Inspecciones Diarias Preoperacionales (ID 1029):** El cual alcanzó un acumulado de 68.58% frente a la meta del 70%.
- **Cumplimiento del Plan de Mantenimiento (ID 1030):** Registrando un 50% en la sede Bogotá y un 62.5% en la sede CNG frente a la meta del 80%.
- **Cobertura de Formación (ID 1032):** El cual se situó en un 46.43% frente a la meta del 80%.
- **Cumplimiento de Metas PESV (ID 1038):** Que reflejó un desempeño anual final de solo el 68.75% frente a la meta del 80%. **R12**

Recomendación 13

Se recomienda fortalecer la gestión de los planes de mejoramiento derivados de las auditorías internas del Plan Estratégico de Seguridad Vial (PESV), asegurando que las acciones preventivas y correctivas formuladas estén orientadas a eliminar las causas raíz de los hallazgos, cuenten con responsables, plazos y mecanismos de seguimiento claramente definidos, y sean objeto de verificación de su eficacia antes de su cierre en el aplicativo

UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA



KAWAK. Lo anterior, con el fin de garantizar la mejora continua del PESV, evitar la recurrencia de las no conformidades identificadas y asegurar el cumplimiento efectivo de los requisitos normativos aplicables. **R13**

Recomendación 14

Se recomienda fortalecer la planeación contractual y el control del parque automotor institucional, de manera que los servicios de revisión técnico-mecánica y emisión de gases contaminantes se proyecten oportunamente frente a las necesidades de la vigencia y permitan cubrir los vehículos que requieran dicho servicio. Lo anterior, con el fin de asegurar la continuidad del componente de vehículos seguros del PESV, anticipar vencimientos, reducir riesgos asociados a la circulación sin requisitos vigentes y mejorar la trazabilidad entre la contratación, la ejecución del servicio y el seguimiento documental del parque automotor. **R14**

Recomendación 15

Se recomienda identificar, documentar y registrar en el aplicativo KAWAK los riesgos asociados al Plan Estratégico de Seguridad Vial (PESV), mediante la aplicación de la metodología institucional de gestión del riesgo, asegurando su caracterización, análisis, valoración, definición de controles, responsables y mecanismos de seguimiento. Lo anterior permitirá fortalecer la gestión preventiva de la seguridad vial, facilitar la toma de decisiones basada en riesgos y garantizar el monitoreo permanente de aquellos eventos que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos del PESV y de los requisitos normativos aplicables. **R15**

HALLAZGOS

(Descripción del Problema + Evidencia Objetiva + Requisito Incumplido)

Hallazgo 1.

Debilidades en la fase de planificación del Plan Estratégico de Seguridad Vial (PESV), teniendo en cuenta que durante la vigencia 2025 no se evidenció el reporte anual de autogestión ni registros de seguimiento al cumplimiento de los 18 pasos aplicables al nivel básico; la Política de Seguridad Vial, aunque documentada, no fue formalmente aprobada mediante el acto administrativo correspondiente; no se aportaron soportes que permitieran verificar la aprobación y disponibilidad de los recursos para la ejecución del PESV ni registros que demostraran la revisión y seguimiento por parte de la Alta Dirección; la ausencia de una Política formalmente adoptada afectó la articulación de los objetivos y metas del PESV con la planeación estratégica y

UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA



no se evidenciaron registros de su comunicación y divulgación a todos los colaboradores; igualmente, no se evidenciaron registros que demostraran el análisis y la evaluación periódica de los resultados de los programas de gestión de riesgos críticos durante la vigencia auditada. Lo anterior evidencia incumplimiento de los requisitos establecidos en los pasos 1, 3, 4, 7 y 8 de la Resolución No. 20223040040595 del 12 de julio de 2022 del Ministerio de Transporte. **H1**

Hallazgo 2.

Debilidades en la implementación de los controles para la administración de las vías internas y la gestión documental del parque automotor, teniendo en cuenta que el protocolo de operación y mantenimiento de vías privadas no se encuentra formalmente aprobado, codificado ni controlado dentro del Sistema Integrado de Gestión y no incorpora la totalidad de los requisitos establecidos por la Resolución No. 20223040040595 de 2022; adicionalmente, no se evidenciaron registros documentales para el reporte y control de los siniestros viales ocurridos en las vías internas administradas por la Universidad, ni las hojas de vida y registros de seguimiento de mantenimiento de la totalidad del parque automotor, particularmente de los vehículos asignados a la Sede Campus, lo que limita la trazabilidad de la información y el seguimiento de las condiciones de seguridad de los vehículos utilizados para los desplazamientos laborales. Lo anterior evidencia incumplimiento de los requisitos establecidos en los pasos 14 y 17 de la Resolución No. 20223040040595 del 12 de julio de 2022 del Ministerio de Transporte. **H2**

Hallazgo 3

Incumplimiento en la definición de indicadores complementarios para la gestión de riesgos del Plan Estratégico de Seguridad Vial (PESV). Se evidenció que no se definieron indicadores complementarios que permitan evaluar la eficacia de las acciones implementadas frente a los riesgos propios de la organización, teniendo en cuenta que en la revisión de los indicadores en el aplicativo KAWAK y de la documentación suministrada por el proceso, no se evidenciaron. Esta situación incumple lo dispuesto en el paso 20.2 de la Resolución 20223040040595 de 2022, el cual establece que, además de los indicadores mínimos obligatorios, la organización debe definir los indicadores adicionales que considere pertinentes de acuerdo con sus riesgos, características y necesidades, con el fin de fortalecer el seguimiento y la evaluación del desempeño del Plan Estratégico de Seguridad Vial. **H3**

UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA



Hallazgo 4

Incumplimiento en la presentación del reporte de autogestión anual del Plan Estratégico de Seguridad Vial (PESV) correspondiente a la vigencia 2025 ante el Ministerio del Trabajo. Durante la auditoría, el único soporte suministrado fue el documento denominado "Reporte de Autogestión Anual PESV – Vigencia 2024", el cual no contiene la consolidación, análisis ni los resultados correspondientes al periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2025. Esta situación evidencia el incumplimiento del paso 20.3 de la Resolución 20223040040595 de 2022, que establece la obligación de elaborar y reportar anualmente la autogestión del PESV con corte al 31 de diciembre de cada vigencia y presentarla al Ministerio del Trabajo dentro del término legal previsto; así mismo, incumple lo dispuesto en el artículo séptimo de la Resolución Rectoral 1932 de 2024, el cual establece que la UMNG, a través del líder del PESV, debe reportar a la entidad externa competente, a más tardar el 31 de enero del año siguiente a la vigencia, las actividades de autogestión del plan, construidas con base en los informes presentados al Comité de Gestión y Desempeño, incluyendo los resultados de los indicadores y demás aspectos relacionados con la seguridad vial. **H4**

Hallazgo 5

Falta de implementación y operación de los mecanismos de comunicación y participación en seguridad vial establecidos en el PESV, debido a que durante la auditoría no aportó evidencias documentales que acreditaran la comunicación periódica de políticas, lineamientos y actividades de seguridad vial a todos los niveles de la organización, la existencia y funcionamiento de mecanismos para recibir retroalimentación o propuestas de mejora, la gestión de comunicaciones internas y externas relacionadas con el PESV, la promoción de hábitos y comportamientos seguros en la vía, ni la divulgación de lecciones aprendidas derivadas de siniestros viales. Incumpliendo lo dispuesto en el numeral 24.1 del Paso 24 de la Resolución 20223040040595 de 2022, que establece la obligación de definir y poner a disposición mecanismos de comunicación y participación en seguridad vial, con una periodicidad mínima trimestral, que garanticen la promoción de la seguridad vial y la participación de los actores de la organización. **H5**

Hallazgo 6

Desactualización de normatividad establecida en los procedimientos, teniendo en cuenta que se evidenció que el procedimiento institucional **“Instructivo de Capacitación en Seguridad Vial**, código **GI-SS-F-30**, fecha de emisión **30/10/2018**, revisión No. **1**. actualmente formalizado en el Sistema Integrado

UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA



de Gestión – KAWAK, presenta referencias normativas asociadas a la **Resolución 1565 de 2014**, acto que fue derogado por la Resolución 20223040040595 de 2022 incumpliendo con lo previsto en el numeral 6.4.1 “Identificación” del Manual de Procesos e Información Documentada del Sistema Integrado de Gestión de la Universidad Militar Nueva Granada – GI-PR-M-13 - Revisión 17, el cual establece que cada dueño de proceso debe verificar el uso de sus registros para mantener actualizado el Sistema. **H6**

Hallazgo 7

Incumplimiento de las obligaciones de reporte, seguimiento, del Plan Estratégico de Seguridad Vial (PESV) no cumplieron las obligaciones establecidas en la Resolución No. 1932 de 2024 relacionadas con la gestión, seguimiento y articulación institucional del plan, toda vez que durante la auditoría no se aportaron actas, informes de gestión, registros de reuniones, solicitudes formales ni demás soportes documentales que permitieran evidenciar la presentación de informes de gestión del PESV al Comité Institucional de Gestión y Desempeño para su análisis y toma de decisiones, la solicitud semestral de inclusión de temas del PESV, la solicitud de sesiones extraordinarias ante eventos de alto impacto relacionados con la seguridad vial, ni el suministro de la información requerida para la elaboración del reporte anual de autogestión. Esta situación incumple lo dispuesto en los artículos 3, 5 (parágrafos 1 y 2) y 7 de la Resolución No. 1932 de 2024” Por la cual se adopta el plan estratégico de seguridad vial (PESV) de acuerdo con la normatividad vigente”. **H7**

CONCLUSIONES DE LA AUDITORÍA

Como resultado de la auditoría realizada al Plan Estratégico de Seguridad Vial (PESV), se concluye que la Universidad Militar Nueva Granada ha fortalecido la implementación del sistema durante la vigencia auditada, alcanzando un nivel de cumplimiento del **63 %** de los requisitos aplicables establecidos en la Resolución No. 20223040040595 de 2022.

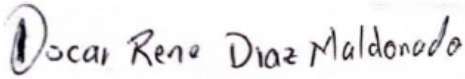
En comparación con la auditoría realizada en la vigencia anterior, el cumplimiento del PESV presentó un incremento de **30 puntos porcentuales**, al pasar del **33 % en 2024** al **63 % en la presente evaluación**, lo cual evidencia el desarrollo e implementación de procedimientos, programas, controles y herramientas orientadas a la gestión de la seguridad vial institucional.

UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA



No obstante, se identificaron aspectos que requieren fortalecimiento, principalmente en las fases de Seguimiento y Mejora Continua, relacionados con la consolidación de la gestión documental, la formalización de algunos documentos del sistema, el seguimiento sistemático a los resultados del PESV y la implementación efectiva de acciones de mejora que permitan garantizar el cumplimiento integral de los requisitos normativos y la sostenibilidad del sistema.

En consecuencia, se recomienda implementar las acciones correctivas y de mejora derivadas de los hallazgos formulados en el presente informe, con el fin de fortalecer la gestión institucional de la seguridad vial y promover el mejoramiento continuo del Plan Estratégico de Seguridad Vial.

Elaborado por:	Aprobado por:
 Oscar Rene Díaz Maldonado Auditor líder	 Claudia Johanna Crane Santander Jefe Oficina Control Interno de Gestión