



No	Fecha	Hora de Inicio	Hora de Fin
3	11/08/2017	8:30 a.m.	10:10 a.m.
Lugar:	Unidad Camilo Torres Bloque C6 Sala 803	Sede:	Nivel Nacional
Asunto o Tema a Tratar:	COMITÉ SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN ACADÉMICA, ADMINISTRATIVA Y AMBIENTAL – SIGA – SESIÓN ORDINARIA		
Convocada o Liderada por:			
Nombre		Área – Dependencia	
CARLOS ALBERTO GARZÓN GAITÁN		VICERRECTORÍA GENERAL	

Objetivo de la Reunión
Revisar y aprobar los informes de Revisión por la Dirección de la Gestión de Calidad, y de Seguridad y Salud en el Trabajo.
Orden del Día
1. Verificación del quorum. 2. Aprobación de las Actas 1 y 2, las cuales se anexan. 3. Revisión por la Dirección de la Gestión de Calidad. 4. Revisión por la Dirección de Seguridad y Salud en el Trabajo.
Asuntos Tratados
<p><b>1. Verificación del quorum</b></p> <p>Siendo las 8:30 a.m. el Vicerrector General, quien preside la reunión, verifica la presencia tres integrantes del Comité y dos delegados, con derecho a voz y voto. Confirmado el quórum se da inicio a la sesión del Comité SIGA.</p> <p>Se pone en consideración el orden del día, el cual es aprobado por los miembros del Comité.</p> <p><b>2. Aprobación de las Actas 1 y 2.</b></p> <p>Luz Mireya Urrego Vergara, Profesional de la DNPE pregunta a los integrantes del Comité si tienen observaciones para la aprobación de las actas. No se presentan observaciones al respecto, así que por unanimidad se aprueban las Actas 1 y 2 de 2017.</p> <p><b>3. Revisión por la Dirección de la Gestión de Calidad.</b></p> <p>El doctor Carlos Garzón informa que se van a tratar dos puntos que tienen el enfoque de revisión por la dirección, requisitos en donde se tiene la oportunidad para que la alta dirección avale lo que se está haciendo, lo evalúe, lo juzgue y recomiende si hay que hacer algún correctivo a alguno de los temas que se presentan.</p> <p>Gloria Inés Cardona, asesora de la Vicerrectoría General, inicia su presentación explicando que el Sistema de Gestión de Calidad modelo de gestión, una herramienta gerencial que hace parte de lo que es el sistema académico, administrativo y ambiental de la U.N., este sistema agrupa varios modelos (el sistema de gestión de calidad, el sistema de seguridad y salud en el trabajo, el modelo de autoevaluación en la parte académica, el modelo de gestión ambiental, modelo de seguridad de la información y otros modelos que se van agregando a la integración de los Sistemas de la U.N.</p>



Manifiesta que es un informe ejecutivo muy resumido de la gestión del año 2016, pero como ya se han tomado acciones de mejora con el proyecto de inversión que se está ejecutando, entonces se va a mostrar un paralelo entre lo que se hizo en el año 2016 y lo que se está haciendo en el año 2017, para que los asistentes puedan tomar decisiones frente a los temas que se van a tratar, respecto a la conveniencia, adecuación, eficacia y efectividad del sistema de gestión de calidad a través de esa mirada estratégica para el buen funcionamiento de la U.N. y la continuidad de la ruta a seguir.

Informa que expondrá los informes acerca de las auditorías, retroalimentación con el usuario, gestión del riesgo, indicadores y gestión del mejoramiento.

Respecto a las auditorías en el año 2016 se auditaron 3 procesos institucionales en donde se encontraron 51 hallazgos (43 Conformes (84%), 4 no conformes (8%) y 4 no conformes potenciales (8%). Los aspectos que se pueden intervenir son:

- Revisión y actualización de documentación de procesos
- Seguimiento de lineamientos de imagen institucional
- Mantenimiento equipos de seguridad y vigilancia
- Condiciones de seguridad y protección de la propiedad de los usuarios
- Disponibilidad de mecanismos de seguimiento y medición de procesos
- Análisis de datos para toma de decisiones

Frente a los aspectos anteriores, se ha realizado la siguiente gestión:

- Lineamientos para revisar información registrada en Modulo de Documentos SE Actualización del SE (se está parametrizando para migrar a la versión 2.0, para ello todos deben revisar la información que se tiene en la actualidad para que se pase filtrada o simplificada, verificando que no se tenga información obsoleta).
- Política Protección de Datos Personales.
- Avances en la definición de una guía metodológica para la construcción de indicadores.
- Curso a funcionarios Nivel Nacional de fundamentos y gestión de indicadores (se está trabajando en cuanto a la metodología de indicadores de procesos ya que la DNPE está trabajando en una estructura en cuanto a la metodología de indicadores organizacionales de desarrollo de los procesos e indicadores externos, la V.G. se está adaptando a dicha metodología para comenzar a revisar todos los indicadores de los procesos para definir cuales agregan valor y se espera que la metodología esté lista para el 30 de septiembre).

Los impactos que se esperan reducir son:

- Desorientación en la ejecución de actividades (depurando, simplificando o eliminando información).
- Detrimento Patrimonial. (acciones de mejora haciendo mantenimiento).
- Pérdida de imagen (seguridad y vigilancia, seguridad y protección de la información de los usuarios).
- Débil cultura del seguimiento (hacer mediciones periódicas de los puntos de control de los procesos).
- Toma de decisiones sin suficiente soporte (sobre resultados adecuados).

Respecto a las auditorías externas que las realiza el ente certificador, comenta que la U.N. está certificada en la norma NTCGP:1000 e ISO 9001, desde el 2012 se recibió el otorgamiento de la certificación en donde se obtuvieron 14 NC menores y 2 NC mayores, para lo cual se realizó toma la gestión de mejora), en el año 2015 se obtuvo la renovación en donde se obtuvo reducción a una NC menor en laboratorios la cual se subsanó en el seguimiento que se hizo en el año 2016 (solo se obtuvo un NC menor sobre el tema de indicadores, lo cual se está trabajando actualmente en conjunto con la DNPE).

La próxima auditoría de seguimiento bajo la norma ISO 9001:2008 se realizará entre la 3ra semana de septiembre (planificación de los procesos que van a ser auditados y las sede y la 1ra de octubre se harán las auditorías). El enfoque será de recomendación frente a lo que falta para la transición de la versión 2015 dado que la próxima auditoría bajo el enfoque ISO 9001 :2015 no puede pasar de abril de 2018. En junio se hizo una autoevaluación y se entregará el informe consolidado, el 22 de agosto se terminan las auditorías



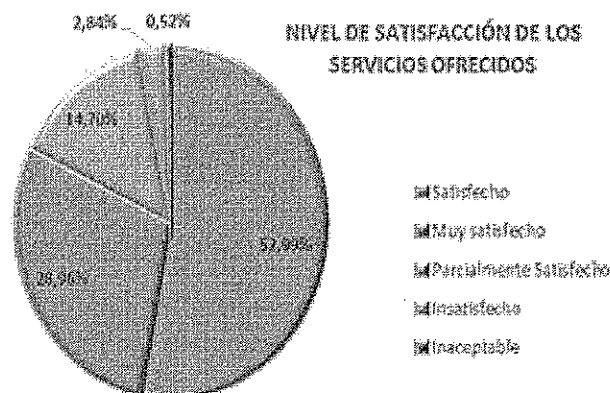
a los 16 procesos programados. Se propone no hacer las auditorías internas del segundo ciclo para que solo se haga la del ICONTEC.

El doctor Carlos Garzón pregunta que, si las auditorías que se están haciendo tienen el mismo enfoque del ICONTEC, para lo cual Gloria Inés informa que se hizo sobre la gestión del año 2016 – 2017 con la versión 2008 y no frente a lo que hace falta para la transición a 2015.

La asesora Gloria Inés continua su presentación mencionado que frente a la retroalimentación con los usuarios se elaboró una encuesta de satisfacción con las siguientes temáticas:

#### **CALIFICACIÓN GENERAL DE SATISFACCIÓN**

Se pidió a los encuestados calificar de manera general la satisfacción con los servicios ofrecidos por la Universidad Nacional de Colombia, obteniendo un resultado de satisfacción del 81,94% (muy satisfecho 28,96% y satisfecho 52,99%).



Los mejoramientos que se han hecho en el año 2017 frente a este sistema de quejas y reclamos son:

- Revisión y mejoramiento de la herramienta institucional para registro, seguimiento y evaluación detallada de quejas y reclamos. (Se está haciendo con ayuda de la DTIC).
- Actualización del procedimiento de gestión de quejas y reclamos con la participación de las Secretarías de Sede.
- Diseño de infografías para la promoción del Sistema de Gestión de Quejas y Reclamos. (Además de un video que se elaborando).
- Capacitación a funcionarios del Nivel Nacional y Sedes en derecho de petición y sus implicaciones establecidas en la Ley 1755 de 2015.

El profesor Umaña informa que con respecto al sistema de PQRS desde de DNTIC a través del proyecto de inversión Fábrica de Software se está evaluando la adopción de un sistema de información que soporte adecuadamente el sistema PQRS, se ha hecho una revisión de las diferentes opciones, se hizo una prueba de conceptos con una de las herramientas que es la que se tiene actualmente para servicios de TI y se hizo la presentación a la V.G y al grupo de calidad. Las secretarías de sede y se recogieron las observaciones, las cuales se están implementando ya que se hicieron las solicitudes para hacer las adecuaciones, tan pronto esté listo se informará.



Retoma la presentación la asesora Gloria Inés, con el tema de gestión del riesgo en el año 2016 corte 31 de diciembre informa que la U.N quedó con 15 riesgos extremos, 28 altos, 21 moderados y 36 bajos (100 riesgos definidos por macroproceso desde el nivel nacional), para lo cual se le debe prestar atención a los extremos y a los altos para trabajar sobre la eficacia de los controles definidos para mitigar los riesgos.

Los riesgos extremos que se encontraron son los siguientes:

**Gestión Administrativa y Financiera:**

- Debilidades en selección de contratistas y seguimiento a la ejecución contractual.
- Fraude financiero.
- Inexactitud información en declaración de retención de impuestos.

**Gestión Extensión:**

- Demoras en el desarrollo de proyectos de extensión.

**Divulgación Información General:**

- Información errada en medios externos y mal uso de la imagen institucional.

**Gobierno y Gestión de TIC's:**

- Atraso en atención de incidentes y solicitudes.

**Gestión de Recursos y Servicios de Bibliotecas:**

- Acceso a recursos electrónicos y servicios digitales SINAB.

**Seguridad Social y Salud:**

- Fuga de información reservada de servicios de salud.

Al respecto a estos riesgos, Gloria Inés comenta que se está trabajando con un profesor de la sede Manizales en la gestión de los riesgos y se espera que en este año se revise la pertinencia de los riesgos que se han identificado en la U.N., se está diseñando una guía sobre la taxonomía de todos los riesgos en los diferentes modelos de gestión como evaluación del impacto ambiental, riesgos estratégicos y de procesos), se realizan talleres para definir la evaluación de cada tipología de riesgos.

Respecto a los riesgos de corrupción en el año 2017, se partió de dos riesgos institucionales (Incumplimiento de requisitos legales para el desarrollo de procesos administrativos y académicos, favoreciendo intereses particulares, y Uso indebido de la información para favorecer intereses particulares), que se estaban trabajando en el cual participaron 16 procesos con acciones de mitigación, con la nueva guía y la orientación del profesor de la sede Manizales se trabajó en los escenarios de riesgos identificando 58 riesgos de los cuales 3 se encuentran en zona alta (en los procesos de Gestión de la extensión y gestión de las regalías, Gestión de recursos y serv. Bibliotecas, y Adquisición de bienes y servicios).

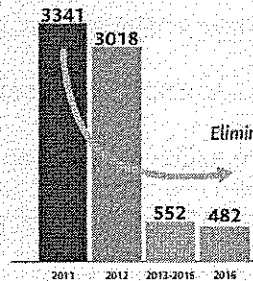
Como acciones de mejoramiento se está trabajando en:

- Sensibilización a los procesos en la metodología de gestión de riesgos de corrupción vigente.
- Levantamiento de fichas de escenarios de riesgos de corrupción por proceso.
- Orientaciones metodológicas para la realización periódica del monitoreo y revisión de los riesgos de los procesos.
- Realización del monitoreo y revisión de los riesgos de corrupción por proceso (abr - jul 2017).



En cuanto a la simplificación de la información se presenta la siguiente información:

### Simplificación de la medición



Eliminación del proceso de planeación operativa.  
Simplificación y reducción de procesos.  
Depuración de indicadores alineados con el objetivo proceso.

#### Mejoramiento 2017

Conformación del Grupo Matricial con participación de procesos Nivel Nacional.

Avances en la elaboración de una guía metodológica de construcción y gestión de indicadores.

Programación y ejecución del curso de fundamentos y gestión de indicadores dirigido a funcionarios Nivel Nacional y próximamente a funcionarios de las Sedes.

Mejoramiento 2017		
Seguridad social	56	12%
Gestión financiera y administrativa	55	11%
Formación	48	10%
Gestión de la información	44	9%
Gestión de laboratorios	41	9%
Bienestar universitario	40	8%
Gestión del talento humano	37	8%
Desarrollo organizacional	33	7%
Extensión, innovación y propiedad intelectual	33	7%
Investigación y creación artística	23	5%
Comunicación	16	3%
Gestión de recursos y servicios bibliotecarios	16	3%
Relaciones interinstitucionales	16	3%
Direccionamiento institucional	11	2%
Evaluación, medición, control y seguimiento	11	2%
Gestión jurídica	2	0%

Se está trabajando en la Guía metodológica de indicadores y se evidenció que es necesario que se revisen los procesos bajo la mirada de la cadena de valor, en la actualidad como prueba piloto se está trabajando en el proceso de Gestión Administrativa y financiera y con formación. Bienestar Universitario y gestión de Talento Humano ya están adelantando su revisión.

El doctor Umaña comenta que en gobierno TI utilizaron una herramienta para definir indicadores del nivel nacional porque antes estaba descentralizada, pero la gestión se hace a nivel de cada sede.

Respecto a las acciones correctivas (AC), preventiva (AP) y oportunidades de mejora (OM), la asesora Gloria Inés menciona que como fuentes para formular las acciones en Soft Expert se tienen:

- Auditoría interna.
- Administración del riesgo.
- Autogestión y autoevaluación de los procesos.
- Otras fuentes: evaluación independiente, QRS y encuestas de satisfacción).
- Auditorías internas.
- Seguimiento y medición de los procesos.

Las principales temáticas formuladas en el Soft Expert son:

- Fortalecimiento de los controles para mitigar riesgos significativos.
- Simplificación de procesos.
- Revisión y actualización documental de los procesos.
- Actualización de sitios web y servicios virtuales.
- Acciones enfocadas a mejorar la satisfacción de los usuarios.

Como recomendaciones del SGC se presentan las siguientes:

- Incentivar los ejercicios de autogestión y autoevaluación de procesos que promuevan la apropiación de la cultura de mejoramiento continuo de la gestión.
- Fortalecer la participación en el Modelo de Auditorías integrales de la Gestión que optimicen recursos y permitan obtener resultados de impacto.
- Dar continuidad a la certificación en calidad de la Universidad bajo la norma ISO 9001.
- Concluir el Marco General Institucional de la Gestión del Riesgo.



- Dar continuidad a la identificación y posterior intervención de los aspectos críticos de los servicios de la Universidad, teniendo en cuenta fallas en el servicio, satisfacción del usuario y quejas y reclamos.
- Dar continuidad a la definición e implementación de la metodología institucional para la gestión de indicadores.
- Definir mecanismos que permitan a los procesos documentar mejoramientos que realmente permitan cerrar brechas en la gestión.
- Continuar con la simplificación, optimización y ajuste de los procesos buscando la eficiencia de la gestión.
- Promover el uso responsable de la herramienta SoftExpert v.2,0 facilitando su acceso y aplicabilidad, permitiendo la captura de datos confiables y relevantes para la gestión.
- Definir mecanismos que permitan mejorar la comunicación interna de los procesos con el fin de optimizar la gestión.

La doctora Carolina solicita que se debe tener en cuenta la correlación del sistema de gestión con el sistema de gestión documental, ya que en los procesos aparecen documentos diferentes a los de la Tabla de Retención Documental (TRD), hay que manejar el tema documental con la Ley de Transparencia, para las próximas auditorías se deben capacitar a los auditores en esta correlación, lo cual sirve

El doctor Garzón manifiesta que la integración comienza con la visión de todos, la integración del SIGA se dará con la participación y liderazgo con la mirada de correlación, por ello todos los auditores deben ser preparados en estos temas.

El doctor Múnera sugiere que se modifique el programa de auditorías para no saturar a la U.N., por lo cual tratará el tema en el Comité Nacional de Control Interno. En cuanto a la gestión del riesgo el informe de la ONCI está orientado a la efectividad del control para mitigar los riesgos. El plan de mejoramiento se está haciendo un trabajo revisando riesgos de corrupción y riesgos altos, el Plan de Actividades de la ONCI se propondrá soportado en la gestión del riesgo y esto también lo debería hacer el SGC.

En lo referente al Soft Expert el profesor Múnera comenta que este aplicativo es apropiado para ser utilizado en las auditorías y sus seguimientos, puede servir para subir los informes de la ONCI, los resultados y los planes de mejoramiento. Hay que revisar la vulnerabilidad del sistema para que sea sostenible, así las cosas, la ONCI respalda el ejercicio de subir la información al Soft Expert, pero esto exige que se capacite a la gente y que se genere confianza ya que el sistema tiene una imagen negativa que hay que cambiar. Así mismo, informa que las evaluaciones de ahora en adelante se harán desde la Contraloría sobre el desempeño y no solamente sobre normas, leyes y cumplimiento, y la realizarán en cualquier momento no solo periódicamente y se revisarán los indicadores de eficacia, eficiencia e impacto, no solo que se hizo por cumplir. Es por ello que las personas se deben preparar para revisar las auditorías según la nueva metodología y enfatizar en el tema de indicadores.

El doctor Garzón pregunta sobre el impacto de la investigación, cuenta que se tiene un documento de indicadores propuesto y la forma de cómo llegar a ellos, el cual está muy avanzado para que la Vicerrectoría de Investigación pueda trabajar en este documento.

El doctor Umaña llama la atención para que el SIGA este articulado al componente académico, tener en cuenta los puntos en donde se debe tener en cuenta el impacto en el tema académico articulando los indicadores del CNA. Hay que hacer algo muy puntual con la V. Académica en el campo de los indicadores.

La doctora Socorro manifiesta que percibe que los indicadores se construyen solo por cumplir y no con el enfoque del desempeño, como están contruidos los indicadores están midiendo mal.

La asesora de la Dirección Nacional de Bienestar Universitario, Karol Colmenares, menciona que desde el año 2016, el macroproceso de Bienestar universitario ha venido trabajando articuladamente con sus pares en todas las Sedes, para llevar a cabo la revisión, estandarización y simplificación de los indicadores de gestión, los cuales eran 27 en 2014 y en la actualidad son 14 indicadores de gestión; por lo tanto, solicita



que sea rectificada la información que presenta la Vicerrectoría General. El doctor Garzón indica que al elaborar el informe de gestión, pudo evidenciar que no hay homogeneidad con los datos de la Dirección Nacional de Bienestar Universitario y de la Dirección Nacional de Planeación y Estadística.

La asesora Karol Colmenares manifiesta que se hace necesario fortalecer la articulación entre las coordinaciones del Sistema de Gestión de Calidad del Nivel Nacional y de las sedes, teniendo en cuenta que se han presentado dificultades en el trabajo que se ha venido realizando de manera articulada, en el sentido de que para el Riesgo Corrupción se hizo un trabajo con los pares de Bienestar Universitario en todas las sedes, se documentó un plan de tratamiento estandarizado que se ha estado implementando, pero calidad de la Sede Bogotá mencionó no estar de acuerdo con el trabajo realizado, por lo que solicitó a la Sede realizar la documentación de un riesgo propio y particular para la Sede y un plan de tratamiento, directriz que va en contravía del ejercicio de articular y simplificar el sistema en los procesos. Además, manifiesta la necesidad de precisar los lineamientos relacionados con la medición de la satisfacción del usuario, teniendo en cuenta que existe una meta en el marco del Plan Global de Desarrollo actual que debemos cumplir como Universidad, pero que cada proceso está midiendo de manera diferente. Indica que Bienestar Universitario desde el año 2015 construyó una metodología estandarizada para medir la Satisfacción de los usuarios del proceso, la cual acaba de ser actualizada y mejorada, por lo que la pone a consideración para que sea utilizada como referente de la Universidad en este tema, a la hora de unificar los lineamientos para la medición en la Universidad.

El profesor Herbert menciona que le preocupan los riesgos porque están muy centrados en lo administrativo y se pregunta cuáles son los riesgos académicos, sobre los fines misionales, hay que trabajar en el tema de los riesgos para saber controlar, ya que no siempre están relacionados con dinero.

La asesora María Fernanda solicita que se revisen cuidadosamente los indicadores ya que existen demasiados, incluso se han discutido en el grupo matricial la necesidad de simplificarlos y reforzar el tema de la satisfacción de los usuarios.

El doctor Múnera considera que se deben hacer evaluaciones misionales de manera permanente, se debe hacer un ejercicio para determinar la metodología de revisión contra los objetivos y se va a realizar inicialmente la evaluación con los proyectos de regalías, tener en cuenta el aprendizaje de la U.N. y de la ONCI. También menciona que el Comité SIGA es muy importante y por lo tanto se debe establecer una reglamentación para controlar la asistencia, los integrantes deben avisar previamente porque no pueden asistir, hay que revisar las inasistencias y solicitar una explicación.

Mireya Urrego profesional de la DNPE comenta que, en la guía metodológica que se está trabajando en la DNPE, se está elaborando la base conceptual de las categorías de los indicadores dentro del contexto de la U.N., ya que en la teoría existen conceptos simples que no reflejan la realidad universitaria y no existen autores que hayan trabajado en estos conceptos adaptados para la educación superior. En la actualidad se cuenta con muchos datos que no siempre son indicadores y en este momento sería desgastante hacer una revisión sin contar con esta claridad, es necesario contar con el documento metodológico para poder hacer una revisión con sustento conceptual definido y con ejemplos claros sobre indicadores.

La ingeniera Martha Lucía Valencia comenta que el tema de la satisfacción del usuario se tiene una debilidad ya que no existe participación de todas las dependencias de la U.N., no hay conciencia de que esta satisfacción se debe medir involucrando a toda la comunidad con acciones participativas.

La profesora Amanda reitera lo que mencionó el profesor Múnera del Soft Expert ya que considera que esta herramienta es de gran utilidad y podría utilizarse en otras dependencias porque esta subutilizada. Así mismo considera que los líderes de los procesos en muchos casos no tienen liderazgo en los temas de calidad y eso es preocupante porque en nuestro quehacer todos debemos hacer las cosas con calidad, porque hacemos aparte del SGC y por ello, es muy importante que se refuerce el tema de las capacitaciones para líderes de proceso.



El doctor Garzón manifiesta que la Vicerrectoría General tiene tres asuntos que está tratando: *capacidad de liderazgo, la cultura y la gestión del cambio*.

La profesora Amanda menciona que es preocupante ver que las decisiones las están tomando las personas que contratan y no los líderes de los procesos.

La doctora Carolina considera que existe carencia en gestión del cambio, es darles a las personas todo el tiempo herramientas para que se apropien del tema. Existe carencias en las áreas misionales pero que pasa con los estudiantes, entonces se está trabajando realizando unas visitas y ofrece preguntar sobre temas de calidad, seguridad u otros temas que sean de utilidad para todos y que no desgasten a las personas.

#### **4. Revisión por la Dirección de Seguridad y Salud en el Trabajo.**

A continuación, la ingeniera Martha Lucía Valencia inicia su presentación informando que el objetivo es presentar el informe de Revisión por la Dirección de Seguridad y Salud en el Trabajo, lo que se está haciendo en este momento es tomar unas acciones que conlleven a disminuir la accidentalidad y de la enfermedad laboral, y aumentar la promoción en la salud.

Si bien la revisión por la dirección da cumplimiento a un artículo del Decreto 1072 de 2015, lo más importante es que este ejercicio permite a todos, la toma de decisiones en especial a la alta dirección, para mejorar continuamente. Las sugerencias serán tenidas en cuenta para trabajar articuladamente.

Se analizaron 21 puntos dentro de los cuales se puede resaltar que lo primero que se hizo fue la evaluación inicial, consistente en un diagnóstico de cuál es el estado del sistema de gestión, luego se analizó el informe de gestión de 2016 y el plan de trabajo del 2016 con relación a las acciones planteadas y su cumplimiento, el proyecto de inversión que se tiene para la adopción del sistema 2016 – 2018 del cual ya se ha ejecutado un gran porcentaje, así como un plan de mejoramiento que se tiene. Todo ello conlleva a tener estrategias para mejorar la salud y seguridad en el trabajo de las personas, también se analizó el presupuesto que se le asigna al tema, la estructura de las áreas de salud y seguridad en el trabajo y específicamente del nivel nacional, los indicadores que se han evaluado, los cuales son más impacto que de proceso o gestión.

Las acciones correctivas, preventivas y de mejora que se han realizado de acuerdo a los informes de auditoría y revisión por la dirección, todo lo asociado con inspección de condiciones de trabajo, basándose en ir, verificar, inspeccionar para poder determinar cuáles son los hallazgos y falencias que hay en salud, todo lo que es de gestión de cambio que por norma es obligatorio y que en últimas es identificar de manera previa cuáles son esos peligros que traen los cambios para poder establecer acciones y así mismo anticiparse al cambio. La evaluación de desempeño de salud y seguridad en el trabajo, la participación de los funcionarios y de los jefes que concedan el permiso a capacitaciones o actividades en general, es muy importante dado que sin ello no es posible lograr todos los objetivos planteados.

Se analizó cuál es el perfil de salud de la población de la U.N., de que se están enfermando las personas, cuáles son las causas de la accidentalidad laboral y todo esto está enmarcado dentro de los requisitos legales, se revisó cuales enfermedades ya están categorizados como enfermedades laborales y se presentan indicadores al respecto, se revisó el tema de ausentismo en la U.N.

Se analizaron los 21 puntos, se pudo evidenciar que la U.N. está cumpliendo con el 36% de los puntos, un 59% de cumplimiento parcial y un no cumplimiento del 5%. Las cifras se disgregaron por componentes: la organización, planificación, aplicación del sistema, la auditoría, la revisión por la dirección que es proceso de evaluación de mejoramiento. Se ha mejorado mucho desde del proyecto, ya que se ha trabajado en el componente estratégico y de planeación., se aprobó la política la cual ya se socializó con las sedes y se está trabajando en algunos objetivos y metas.





El Plan de Mejoramiento asociado a la intervención de los peligros, la implementación de la clasificación de los puestos de trabajo por parte de la ARL que se comenzó a implementar este año, así como la implementación de SIVIG – VIVIR programa que permite ver los factores de riesgo sicosocial y poder establecer acciones que le apunten al mejoramiento o controles los factores de riesgo, esto ya se aplicó en Unimedios, en la Editorial y en la Gerencia Nacional Financiera y Administrativa.

En consideración a que el tiempo previsto para el Comité ha finalizado, el doctor Carlos Garzón solicita que este punto se aplaze para la siguiente sesión.

Siendo las 10:10 a.m. se finaliza la reunión.

Compromisos Previos			
Actividad	Fecha Prevista fin	Responsable	Avance
1. Publicar la Política de Salud y Seguridad en el Trabajo, y la Resolución respectiva.	Antes del 31 de mayo de 2017	Martha Lucía Valencia – Jefe de División de Salud y Seguridad en el Trabajo.	100%
2. Incluir en la resolución de Rectoría a la Secretaría General como integrante de Comité de Protección de Datos y redactar el texto para dejar como invitado a la ONCI.	Julio 28 de 2017	Profesor Henry Umaña – Director Nacional de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones.	

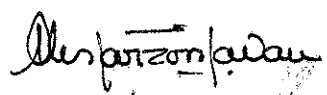
Nuevos Compromisos			
Actividad	Fecha Prevista fin	Responsable	Avance
1. Presentar el informe de Revisión por la Dirección de Salud y Seguridad en el Trabajo en la próxima sesión del Comité.	Septiembre 29 de 2017	Martha Lucía Valencia – Jefe División de Salud y Seguridad en el Trabajo.	

Anexos	
Presentación del Informe de Revisión por la Dirección de Gestión de Calidad.	

Asistentes o Ver Lista de Asistencia		
INTEGRANTES DEL COMITÉ	Carlos Alberto Garzón Gaitán	Vicerrector General
	Juan Manuel Tejeiro (Ausente)	Vicerrector Académico
	Sandra Patricia Guevara (Delegada V.A.)	Directora Nacional de Innovación Académica
	Carmen María Romero Isaza (Ausente)	Vicerrectora de Investigación
	Amanda Lucía Mora (Delegada V.I.)	Directora Nacional de Investigación y Laboratorios
	Gerardo Mejía Alfaro (Ausente)	Gerente Nacional Financiero y Administrativo
	Socorro Cardozo Miranda	Gerente Nacional Financiero y Administrativo (E)
	Herbert Giraldo Gómez	Director Nacional de Planeación y Estadística



INVITADOS PERMANENTES	Henry Umaña Acosta	Director Nacional de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones
	Martha Lucía Alzate Posada (Ausente)	Directora Nacional de Bienestar
	Freddy Chaparro Sanabria	Director Nacional Unimedios
	Alba Esther Villamil Ocampo (Ausente)	Directora Nacional de Personal Académico y Administrativo
	Carolina Sánchez Rodríguez	Jefe Oficina Nacional de Gestión y Patrimonio Documental
	Ángel Múnera Pineda	Jefe Oficina Nacional de Control Interno
	Herney Ramírez Franco (Ausente)	Coordinador del Comité Nacional de Gestión Ambiental
ASISTENTES ADICIONALES	Martha Lucía Valencia Astudillo	Jefe División Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo
	Carlos Andrés Salamanca Guerrero	Profesional – Dirección Nacional de Personal Académico y Administrativo
	Karol Colmenares	Asesora – Dirección Nacional de Bienestar Universitario
	María Fernanda Forero Siabato	Asesora – Gerencia Nacional Financiera y Administrativa
	Gloria Inés Cardona	Asesora – Vicerrectoría General
	Luz Mireya Urrego	Profesional – Dirección Nacional de Planeación y Estadística
Se anexa lista de asistencia complementaria:                      SI                      NO <b>X</b>		

FIRMAS (Nombre y Firma)	<b>CARLOS ALBERTO GARZÓN GAITÁN</b> Presidente Comité SIGA	
	<b>HERBERT GIRALDO GÓMEZ</b> Secretario Técnico Comité SIGA	