


“Asegúrese de consultar la versión vigente de este formato en <http://sig.unad.edu.co>”

 Universidad Nacional Abierta y a Distancia	FORMATO DE INFORME DE AUDITORIA INTERNA	CÓDIGO: F-3-5-5
	PROCEDIMIENTO RELACIONADO: AUDITORÍAS INTEGRALES	VERSIÓN: 2-14-06-2017
		PÁGINAS: 1 de 27

1. Fecha		
Día	Mes	Año
25	09	2017

2. Tipo de revisión	
Auditoría de proceso y/o procedimiento	Revisión de la dirección
X	


Informe de Auditoría (In Situ):

Informe de Auditoría Consolidado:

I. INFORMACIÓN GENERAL DE LA AUDITORIA.		
3. Proceso y/o procedimiento Auditado:	Componente Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo -SG-SST- (SySO) en Sede Nacional José Celestino Mutis – Bajo la norma OHSAS 18001:2007 – Decreto 1072 de 2015.	
4. Auditor Líder o Líder de Equipo Auditor (Quien consolidó el informe nacional por proceso y/o procedimiento; no aplica si es informe In Situ):	Nombre completo y correo electrónico institucional.	Número de cédula
	-	-
5. Equipos auditores participantes:	Nombres completos y correo(s) electrónico(s) institucional(es).	Centro – Sede auditado(a)
	Oliva Andrea Ortiz Ardila. oliva.ortiz@unad.edu.co – <i>Líder de equipo auditor.</i> Auditor(es) interno(s): Elsa de Jesús Guarín Velandia. elsa.guarin@unad.edu.co Auditor interno acompañante: Hernán Alonso Cabrales M. herman.cabrales@unad.edu.co	Sede Nacional José Celestino Mutis – Calle 14 sur N° 14-31 Brr. Restrepo – Bogotá D. C.

(Agregar cuantas filas/renglones sean necesarias de acuerdo al número de centros auditados en cada proceso).


“Asegúrese de consultar la versión vigente de este formato en <http://sig.unad.edu.co>”

	FORMATO DE INFORME DE AUDITORIA INTERNA	CÓDIGO: F-3-5-5
	PROCEDIMIENTO RELACIONADO: AUDITORÍAS INTEGRALES	VERSIÓN: 2-14-06-2017
		PÁGINAS: 2 de 27


6. Criterios de auditoría (Retomado de los planes de auditoría):	Requisitos: Norma OHSAS 18001:2007. Manual del Componente de Seguridad y Salud en el Trabajo. Decreto 1072 de 2015 (Decreto Único compilatorio Reglamentario del Sector Trabajo), respecto al SG-SST. Sistema Integrado de Gestión, Normatividad y documentación relacionada, Riesgos de SG-SST, Sistema de Atención al Usuario.		
7. Participantes auditados (Nombres y correos electrónicos):	Alexander Cuestas Mahecha – Gerente de Talento Humano. alexander.cuestas@unad.edu.co Mónica Adriana Carvajalino Cabrales – Líder Nacional Componente Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) monica.carvajalino@unad.edu.co Equipo de apoyo del Componente de Seguridad y Salud en el Trabajo (CSST): Lilian Hernández R. lilian.hernandez@unad.edu.co Sandra Mota sandra.mota@unad.edu.co Pedro M. Echeverry pedro.echeverry@unad.edu.co Miguel Velásquez miguel.velasquez@unad.edu.co Adriana Serrano E. adriana.serrano@unad.edu.co Ximena Castillo R. bleydy.castillo@unad.edu.co Alexandra Roa T. alexandra.roa@unad.edu.co Luis C. Parra luis.parra@unad.edu.co Juan D. Sabogal juan.sabogal@unad.edu.co Deisy Tatiana Cruz deisy.cruz@unad.edu.co Carolina Quintana carolina.quintana@unad.edu.co María del P. Salgado maria.salgado@unad.edu.co Omar Muñoz Cifuentes omar.munoz@unad.edu.co		
8. Objetivo de la auditoría (Retomado del plan de auditoría):	Evaluar la conformidad en la norma OHSAS 18001:2007 (Componente de Seguridad y Salud en el Trabajo) y su requerimiento normativo relacionado en el Decreto 1072 de 2015, respecto al SG-SST.		
9. Alcance (Retomado del plan de auditoría):	La auditoría comprende la evaluación del Componente de Seguridad y Salud en el Trabajo y su alcance respectivo basado en la documentación institucional y legal.		
10. Fecha de apertura:	18 de septiembre de 2017	11. Fecha de cierre:	20 de septiembre de 2017

II. DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

12. Descripción General de la Auditoría

	FORMATO DE INFORME DE AUDITORIA INTERNA	CÓDIGO: F-3-5-5
	PROCEDIMIENTO RELACIONADO: AUDITORÍAS INTEGRALES	VERSIÓN: 2-14-06-2017
		PÁGINAS: 3 de 27

<p><i>Descripción concisa de la auditoría (aspectos más sobresalientes)</i></p> <p>4.1. REQUISITOS GENERALES</p> <p>a) Se solicitó informar a los auditores cuándo se realizó la última actualización del alcance del SGSST, al respecto, se encontró el Manual M-3 se referencia 30 de junio de 2017 siendo su versión "0", el 29 de junio de 2017 para el manual del SIG versión 8 fue última actualización para el componente en el SIG; el alcance del SIG (M1) está diferente al del M3, *se recomienda notificación a la GCMU para que se modifique el alcance de M3.</p> <p>b) Se preguntó cómo se detectó el cambio, frente a lo cual se informó que a causa de la normatividad del componente se detectó dicha necesidad, frente a lo cual se llevaron a cabo reuniones internas de trabajo bajo el liderazgo del Gerente de Talento Humano (aunque no hubo actas de trabajo, el Gerente lleva su agenda de trabajo), un insumo definitivo fue la Resolución 1111 de 2017, inicialmente se hablaba de valoración del riesgo y con esta resolución ahora se visibiliza la evaluación inicial del Componente. *Se recomienda dejar evidencia del registro del cambio y utilizando el formato creado aproximadamente hace un mes (Formato de Gestión del Cambio F-5-6-33 Versión 0-18-07-2017). Al preguntarse del cambio en instalaciones de la universidad con respecto a las adecuaciones para el programa de radiología, se informó que este espacio aún no ha empezado a funcionar ni han ingresado los equipos para operar estas instalaciones para así operar el componente práctico de este programa.</p>	<p style="text-align: center;">Norma OHSAS 18001:2007</p> <p><i>OHSAS 18001:2007, numeral 4.1 y 4.4.4</i></p> <p>4.2 POLÍTICA DE S&SO – OHSAS 18001:2007, numeral 4.2 literal "e", "f" y "h" y 4.4.4; Resolución No. 005317 de 29 de mayo de 2015.</p> <p>Ubicada en la página del SIG (Res. 5317 de 2015) corresponde a la anterior, se emitió la Resolución 9803 de 13 de septiembre de 2017 de Política firmada y comunicada por correo electrónico el lunes 18 de septiembre de 2017. Se revisaron compromisos de SST en página Web, tres compromisos, del primero de ellos se llevó a cabo inspección e identificación de necesidades y priorizaciones de las mismas, de ese primer compromiso los auditados manifiestan haber realizado inspecciones de condiciones de seguridad. Se solicitó (posterior a la realización del Comité Técnico de Gestión Integral y MECI) evidencia de la última inspección manifiesta: (carpeta en físico) se llevaron a cabo inspecciones locativas, revisiones de botiquines, extintores y equipos de acuerdo con el nuevo formato F-5-6-34 Verificación Compromisos – Inspecciones. Se evidenciaron documentos de solicitud. Inspecciones a puestos de trabajo después del 8 de agosto. <i>Aunque fue en junio de 2017, hubo revisión a vehículos de sede JCM (8 vehículos – Grupo de Infraestructura reúne información relacionada) con información de 7 de ellos. Inspección y lavado de tanques y fumigación, (Mónica Carvajalino hizo verificación solicitando los documentos para hacer el seguimiento).</i> Frente al Compromiso 2: Ejecutar actividades de programas del SG-SST a nivel nacional: Evidenciar 2:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Riesgo Psicosocial: Programa prevención de consumo de alcohol, tabaquismo y sustancias psicoactivas: Campaña digital (Verificación Compromisos – Campaña 5 soportes), 2) Desorden musculoesquelético: los auditados informan que fue realizada – inspección de puesto de trabajo (ARL – con fisioterapeuta), y 3) Para septiembre se prevé para riesgo cardiovascular, -solicitada una actividad en sitio- el 4 de agosto se evidenció soporte de actividades de pausas activas Chuchuwa (evidenciados listados de asistencia). <p>3er compromiso – Implementación etapas a implementar Resolución 1111 de 2007 la cual se evidenciará en la última sección cuando se verifique la evolución del Decreto 1072.</p> <p>Acerca del cómo se identificó la necesidad de los cambios: Mediante el Comité CTGI – MECI en fecha del 14 de agosto de 2017, en donde se propuso un nuevo objetivo, pues -según los auditados- los que estaban hasta la fecha contaban con redacción muy general. La Política no cambió, se propone</p>
--	---

 Universidad Nacional Abierta y a Distancia	FORMATO DE INFORME DE AUDITORIA INTERNA	CÓDIGO: F-3-5-5
	PROCEDIMIENTO RELACIONADO: AUDITORÍAS INTEGRALES	VERSIÓN: 2-14-06-2017
		PÁGINAS: 4 de 27

cambio a nivel de objetivos con uno NUEVO que sería: *Promover el bienestar integral del personal de la UNAD y gestionar el riesgo en salud a través de estrategias que contribuyan al mejoramiento continuo del entorno laboral, la identificación de peligros, evaluación y valoración del riesgo y la disminución de accidentes y enfermedades laborales dando cumplimiento a la normatividad vigente.* Esto con miras a fortalecer la política institucional del SIG y dar cumplimiento a requisitos, entre los cuales se cuentan los legales. Se tiene en cuenta esto en los procesos de inducción - reinducción. La más reciente inducción se realizó el 11 de agosto, otra el 29 de junio y otra el 05 de mayo, en donde se realizó la explicación del SIG puntualizando en sus componentes. Se solicitó evidencias: Evidencias con grabaciones, listado de asistencias, contenidos: INDUCCIÓN.

La última comunicación de la Política y Objetivos del SIG se llevó a cabo el 18 de septiembre de 2017 mediante correo electrónico.

Se indagó a dos funcionarios su aporte, participación y obligación individual con la política. *Se verificó listado de funcionarios con trayectoria de vinculación menor a un año: Se evidenció poco conocimiento y toma de conciencia en cuanto al aporte, participación y obligación individual con la política del SIG. De los funcionarios seleccionados, se evidencia que algunos de los vinculados en febrero de 2017, no han participado en las inducciones como: Sandra Patricia Valderrama Duarte, Camilo Andrés Franco Manchego y Edgar David Tenjo Macías, sin embargo, la líder de inducción y reinducción indica y evidencia las convocatorias realizadas de acuerdo con la programación establecida. La auditada expresa que se espera la participación de los funcionarios pendientes en la sesión del mes de septiembre, para lograr obtener el conocimiento de tema pertinente.


4.3 PLANIFICACIÓN – 4.3.1 IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS, VALORACIÓN DE RIESGOS Y DETERMINACIÓN DE CONTROLES (IPVRDC). OHSAS 18001:2007, n°4.3.1; Manual M-3 n° 8.

a) Se indagó acerca de la realización de la más reciente actualización al procedimiento de identificación de peligros, valoración de riesgos y determinación de controles (IPVRDC): se reporta el instructivo I-5-6-1 versión 3 17-09-2015. Evidenciado.

b) Se preguntó cómo se identificó la necesidad de los cambios: Al respecto se informó que se identificó que su actualización fuese a manera semestral, lo anterior debido a que antes era anual y se reconsideró para que fuese más veces al año y se acordó entonces la periodicidad semestral, a raíz de los peligros que se pudieran presentar y así mantener un control permanente y más frecuente.

Se solicitó indicar cuándo se realizó la última actualización a la matriz IPVRDC: Al respecto se determinó que se llevó a cabo actualización a 30 de junio de 2017: Se evidencia la publicada a la fecha. Se solicitó la de diciembre (la anterior a la actual) y se evidenció. Al preguntársele si tienen riesgos altos, los auditados informan que no se tienen riesgos clasificados o valorados en categoría “Alta”.

Verificación de los riesgos y sus controles determinados: Riesgos con nivel de valoración en “altos” en 2016 estaban: VIDER “Establecer el programa de orden y aseo en la institución aplicar programa de depuración de archivo - suministrar archivadores o muebles para el manejo de documentos” y “1. Socializar el programa de orden y aseo al personal de esta área; 2. Implementar programa de orden y aseo”: Verificados estos controles, en la columna de Avance (Plan de Acción) *deben quedar fechas exactas pues no se evidenció claramente; se verifican soportes para los meses de mayo – septiembre – octubre (no dice de qué año) a lo cual se informó que es de 2016, en 2 semestre 2016 se realizó socialización del programa y la implementación del programa de orden y aseo y se solicita evidencia para VIDER. *La Matriz se podría mejorar con Hipervínculos. Los soportes no justifican el cambio de nivel pues se tiene sólo listados de asistencia con dificultad de determinar los funcionarios VIDER en el respectivo registro. Reportan actividades de orden y aseo por brigadistas “5Ss” y transferencia de archivos. Se solicitan soportes de inspecciones: Con relación a la Provisión de archivadores, informaron los auditados que no se vio necesaria esta actividad, debido a la reorganización y transferencia documental realizada, por lo cual, debe ajustarse la información de la matriz en ese avance. Pasa lo mismo en el Grupo de *Contabilidad* en controles administrativos: *Se hace necesario

	FORMATO DE INFORME DE AUDITORIA INTERNA	CÓDIGO: F-3-5-5
	PROCEDIMIENTO RELACIONADO: AUDITORÍAS INTEGRALES	VERSIÓN: 2-14-06-2017
		PÁGINAS: 5 de 27

asegurar la identificación y visibilización de los controles; en la columna del avance (sugerido) se hagan aclaraciones. Evidencia de Inspecciones en VIDER: no se encontró informe.

En Contabilidad en controles administrativos: “Establecer el programa de Orden y Aseo en la institución - Aplicar programa de depuración de archivo - Suministrar archivadores o muebles para el manejo de documentos”. Si se evidenció participación de funcionarios de Grupo de Contabilidad (Donaldo Camacho, Hugo Gereña, Adriana Zulay López, César Arias). Inspecciones en Contabilidad -tras revisión de registro del 22/07/2016- no se evidencia soporte de inspección. Evidenciado Informe de Inspección del 1 de agosto de 2016, en donde se identifican los riesgos a ese momento y su evidencia fotográfica, por lo cual a la fecha se tendría un solo informe, y éste no soporta la mitigación del riesgo y su reclasifique de “alto” a “medio”. Para mejoramiento del control del riesgo se estandarizó el formato de inspección de condiciones de seguridad F-5-6-34, el cual está diferente en su soporte físico, por lo cual, en el de inspección locativa está pendiente el máximo de intervención debido a que está en gestión la reunión con infraestructura física para iniciar el trámite pertinente. En las distintas hojas que tiene este formato hace falta el diligenciar el campo de “Plazo”, en la de condiciones de seguridad se evidencia algunos registros (6) de acciones implementadas (foto), sin embargo, no se colocó el plazo máximo de la intervención, aunque ya estaba solucionado según fotografía -Informan los auditados-.


*Con base en el informe de agosto de 2016 no se refleja la mitigación de los riesgos que justifique su reclasificación de nivel de riesgo de “alto” (diciembre 2016) a “medio” (a 1er semestre de 2017), sin embargo, la auditada informa que se realizó inspección por medio de observación y registros fotográficos (los cuales no es posible determinar si las fotografías, fila a fila, corresponden a antes o a después de la intervención). No se cuenta con el respectivo informe la actividad de mitigación del 2° semestre de 2016, por lo cual el Gerente de Talento Humano le solicitará a la empresa respectiva los soportes pertinentes.

En la matriz de riesgos 2017 de VIDER, los controles administrativos señalaban *implementar orden y aseo, aplicar orden y depuración de archivo, y suministrar archivadores o muebles para el manejo de los documentos*, pasó lo mismo que en 2016, de acuerdo con el plan de acción se mantienen las acciones “1. Socializar el programa de orden y aseo al personal de esta área - 2. Implementar programa de orden y aseo”, no se llevaron a cabo capacitaciones, pero en los programas de inducción y reinducción se ha contemplado el tema, se informó que en octubre se tiene prevista en el PIC la capacitación de orden y aseo a nivel nacional participando durante el 1er periodo, de la VIDER María Paz Barón y Edgar David Tenjo (contratistas) fueron convocados pero en cuanto a este último no se evidenció participación; de Contabilidad no hubo personal nuevo.

En la Matriz de 2017 en la columna “AK” faltaría registrar la información del año 2017 ya que no se ve claramente el registro de la fecha exacta. En la columna “AO” falta registrar las actividades realizadas en 2017 respecto de actividades de inducción y reinducción realizadas anteriormente. El de VIDER está en las mismas condiciones. El de Contabilidad quedó en “bajo” y luego quedó en “medio”, y el de la VIDER queda en “medio”. Quedó pendiente el informe de la empresa que realizó los trabajos de adecuaciones eléctricas en las dependencias y unidades de la UNAD Sede nacional JCM. *Debe haber consistencia entre lo que se registra en la matriz y los avances encontrados y lo que se expresa. OHSAS 4.3.1. *El Formato de registro de asistencia a eventos institucionales e interinstitucionales del 21 de junio de 2016, se evidenció registro de actividades en formato de otro diseño, por lo que se recomienda verificar su uso en la versión correcta.

*Energía (corriente) estática: Acerca de la consideración de la Energía Estática (fila 77) existe impacto clasificado en la tabla como insignificante, pero dadas las consecuencias que ello implica debería tener consideración de impacto más relevante. Según los auditados se considera insignificante, la líder nacional del CSST informó que éste riesgo no genera incapacidad, por lo cual, según ellos, se mantiene en la matriz de 2017 en consecuencia insignificante y nivel de riesgo medio; se solicita la evidencia de oportunidades de mejora indicadas por la ARL: en especial el análisis de los casos de

“Asegúrese de consultar la versión vigente de este formato en <http://sig.unad.edu.co>”


	FORMATO DE INFORME DE AUDITORIA INTERNA	CÓDIGO: F-3-5-5
	PROCEDIMIENTO RELACIONADO: AUDITORÍAS INTEGRALES	VERSIÓN: 2-14-06-2017
		PÁGINAS: 6 de 27

personas que llevan marcapasos dado que ellas sí se verían afectadas por estas descargas, el cual no se tiene aún, también de verificar o analizar líquidos dieléctricos que se están empleando para limpieza de pisos y que no sean inflamables (minimizaría el riesgo pero no lo elimina). El cumplimiento figura con el 100%; se requirió a infraestructura solicitud de qué avances hubo de la recomendación de ARL SURA sobre las recomendaciones acerca de la Energía Estática. Se evidenció el Correo a Infraestructura (28 de agosto de 2014) enviado por la Dra. Carvajalino. El estudio técnico con recomendaciones que dejan a criterio de la Universidad si las asumen y quedan a modo de sugerencia a abordarse por parte de la UNAD.

Se solicitan las sugerencias de la prueba piloto (primera versión del Manual M-3 numeral 8) para evidenciarlas en la actual metodología, al respecto, no se evidencian, por lo que es necesario que realicen la respectiva acción de ajuste.


Se requirió informar las últimas acciones que no se mitigaron con el plan de acción y se registraron en el SSAM (estado y plazos), frente a lo cual se informó que frente a los requisitos, actividades y riesgos que no se han mitigado pasan a la aplicación SSAM, teniendo en cuenta que la Resolución 1111 de 2017 dentro de fechas establecidas, se encuentran en la fase de julio a diciembre, en este momento el Componente de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) bajo liderazgo de GTHUM está iniciando la fase 2 "Plan de Mejoramiento", teniendo en cuenta la evaluación inicial, fase que tiene un plazo de septiembre a diciembre de 2017. Actualmente se adelanta la gestión para la implementación de estas mejoras en el SSAM.

“Asegúrese de consultar la versión vigente de este formato en <http://sig.unad.edu.co>”

 Universidad Nacional Abierta y a Distancia	FORMATO DE INFORME DE AUDITORIA INTERNA	CÓDIGO: F-3-5-5
	PROCEDIMIENTO RELACIONADO: AUDITORÍAS INTEGRALES	VERSIÓN: 2-14-06-2017
		PÁGINAS: 7 de 27

4.3 PLANIFICACIÓN – 4.3.2 REQUISITOS LEGALES Y OTROS REQUISITOS OHSAS 18001:2007, numeral 4.3.2.

Los auditados informaron que se actualizó el instructivo de requisitos legales, la fecha fue el 15 de septiembre de 2017, el motivo: los requisitos de los stakeholders, así mismo para aumentar la periodicidad de anual a semestral, igualmente indican que se mantiene la matriz legal actualizada a 30 de junio, su fecha de actualización (se informa) es el 14 de agosto. La normatividad cambió según la Dra. Adriana Serrano Estrada: Decreto 52, Resolución 1111 de 2017, Ley 1822, Circular externa n° 24, Ley 1822, Resolución 1190. Se revisa diariamente página Min trabajo, Min salud, el Consejo Colombiano de la seguridad CCS que facilita medios y modos para consultar nuevas normas. *En fechas de actualización de la matriz se deber colocar solo la fecha en que realmente se actualizó esta herramienta.

	FORMATO DE INFORME DE AUDITORIA INTERNA	CÓDIGO: F-3-5-5
	PROCEDIMIENTO RELACIONADO: AUDITORÍAS INTEGRALES	VERSIÓN: 2-14-06-2017
		PÁGINAS: 8 de 27

4.3 PLANIFICACIÓN – 4.3.2 REQUISITOS LEGALES Y OTROS REQUISITOS. OHSAS 18001:2007, numeral 4.3.2, 4.3.3, y 4.4.4

Cómo, cuándo y a quiénes se ha comunicado la información relevante de requisitos legales (funcionario, proveedor, partes interesadas): Se abordó con la publicación de la matriz en la página del SIG dirigida a la comunidad, a los proveedores en el momento de la contratación, la cual se encuentra en el SIG, se notifica por el administrador a todos los funcionarios.

Se indagó por la realización de la última revisión a los objetivos del SIG, se pidió explicar y soportar el proceso realizado para la aprobación (documentado): Esto se realizó en el comité del 14 de agosto de 2017.

Proceso en la inducción: Con Carolina Quintana, tras verificar el listado de funcionarios que ingresaron en el mes de mayo de 2017, donde se seleccionan dos de ellos para evidenciar trazabilidad en la inducción en donde se incluiría el tema del SIG (la política y objetivos): Socializado con participación de la Gerencia de Calidad en las inducciones organizadas a nivel nacional: Buscándose evidenciar mayo a septiembre: 117, de la lista de mayo se cuentan 88 funcionarios: se seleccionó de este rango el n° 22 Julio César Galindo Poveda -Docente Ecisalud- su historia laboral, se informó que él renunció, se solicitó el n° 12 Sandra Patricia Valderrama Duarte -Educación Permanente- (entrevistada) pero no participó en el proceso de inducción, se encuentra laborando desde febrero pero conoce la inducción de septiembre, manifestó haber pasado por alto o no percibió el correo, pero fue convocada nuevamente (21 y 22 de septiembre) y se evidenció soporte del correo que fue el 12 de septiembre y aunque pudo acceder a la página de la UNAD pero no supo acceder a ubicar la política integrada ni los objetivos del SIG. Se seleccionó el n° 74: Laura Natividad Pedraza Vaca – Contratista: Se reporta que participó del 29 de mayo, por ubicarse en el Archivo de la UNAD de la Cra. 30 no pudo ser entrevistada, Se solicitó a Edgar David Tenjo Macías -VIDER- quien fue entrevistado: 7 meses aproximadamente laborando, figura no participado, pero informa que participó en el de mayo, identifica una noción del SIG. c) Se indagó a Sandra Valderrama y a Edgar David Tenjo, pero no manifestaron conocimientos.


4.3.3 OBJETIVOS Y PROGRAMA(S) OHSAS 18001:2007, numeral 4.3.3.

Los Objetivos fueron revisados en el Comité de Gestión Integral y MECI del 14 de agosto: cumple con los criterios de norma en la última resolución ya que anteriormente, según auto-verificaciones, no los cumplía. Se socializó por correo electrónico 18-09-2017.

Para evidenciar en el establecimiento y revisión de los objetivos, los soportes de las opiniones de las partes interesadas pertinentes, como enlace de estas partes interesadas (sector externo), en el CTGI participó la Gerente Administrativa y Financiera en representación de proveedores; otra opinión fue la de la ARL, previamente se había realizado asesoría en aspectos como la batería de indicadores, lo cual generó aportes para el ajuste de los objetivos.

Programas establecidos: Se tienen tres programas incorporados en “Programas de Gestión de SST con énfasis en medicina preventiva”: 1. Vigilancia Epidemiológica de Desorden Musculo Esqueléticos, 2. Prevención Epidemiológica de Riesgos Psicosocial, 3. Programa de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad; todos con subprogramas. Para la evidencia de un programa y verificar su asignación de responsabilidades y autoridad para alcanzar los objetivos y los medios y plazos definidos, se verifica: 1. Se evidencia como responsables la Gerencia de Talento Humano – Líder nacional del SST, supervisores y jefes de las unidades y el personal de la UNAD. 2. Recurso humano, recurso físico y recurso financieros: los plazos definidos. Se evidencia plan de trabajo de 2017.

Se evidencia la programación de la Semana de la Salud (septiembre - octubre) con el fin de avanzar en varias actividades previstas en la programación. Se verifican los soportes de línea 49 (del registro mostrado) "Muévete y Aprende, Aprendo y me concientizo de mi postura de trabajo en la UNAD"

	FORMATO DE INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	CÓDIGO: F-3-5-5
	PROCEDIMIENTO RELACIONADO: AUDITORÍAS INTEGRALES	VERSIÓN: 2-14-06-2017
		PÁGINAS: 9 de 27

realizada por medio de la ARL con el apoyo de una fisioterapeuta, con un total de 47 participantes (3 de ellos presenciales y los demás por Web-conferencia). Verificación de los programas (revisados a intervalos regulares y planeados): La verificación se hace permanente debido al avance de la gestión para el abordaje de las actividades.

4.3.3 OBJETIVOS Y PROGRAMA(S): *Manual M-3 núm. 4.2. (1.4. Alcance del Sistema y núm. 3.2 Diagnóstico Condiciones de salud). Manual M-3 num. 4.2.1 y 3.3.* Se indaga frente a cómo se diagnóstica las condiciones de salud del personal. Sobre el cómo y el diagnóstico de condiciones de salud: se realizó valoración de signos de riesgo cardio vascular a 314 funcionarios de la Sede JCM realizado el 9 de julio de 2016: toma tensión arterial-talla-peso-frecuencia cardiaca-resultado masa corporal, realizándose una clasificación de peso normal o sobrepeso. Igualmente se identificó las personas hipertensas y con sobrepeso, realizándose un seguimiento individual de acuerdo con su caso. Se evidencia el informe donde se concluye que de 317 personas que participaron en la jornada con una valoración, 207 están en riesgo de enfermedad cardiovascular – esto derivado de informe a 2016. Para el 2017 con base en el informe del 2016 se retoman las actividades de riesgo cardiovascular para continuarse con el seguimiento a las personas con dicha característica y adicional teniéndose en cuenta los funcionarios o servidores nuevos.

PROFESIOGRAMAS: De acuerdo con profesioograma realizado en el 2014 por la empresa "CAF" 15 de octubre de 2014, se revisó los siguientes funcionarios teniéndose en cuenta dicho documento:

- Planta administrativa: Martha Lucía García Cortés – Grupo de Infraestructura: De acuerdo con el profesioograma (está general), se requiere examen osteomuscular, visiometría y cardio vascular. Este último (cardio) de acuerdo con la auditada no se refleja en el concepto de aptitud ocupacional debido a que se encuentra dentro de la valoración general médica. *El examen médico de salud ocupacional del 2014 se toma en cuenta como si fuese el de ingreso.* Se verifica examen de ingreso del 11 de agosto, ingresó el 26 de marzo de 2004, sin embargo, se evidencia como examen ocupacional de ingreso a partir del 1 de agosto de 2014 - Resolución 2646 de 2007.

- Planta administrativa: – Jorge Enrique Montealegre – CERES La Plata - Huila: De acuerdo con el profesioograma (está general), se requiere examen osteomuscular, visiometría y cardio vascular. Este último (cardio) de acuerdo con la auditada no se refleja en el concepto de aptitud ocupacional debido a que se encuentra dentro de la valoración general médica. Ingresó en el año 2003, sin embargo, se evidencia como examen ocupacional de ingreso a partir del 19 de agosto de 2014.

De los dos casos anteriores no se evidencian exámenes médicos posteriores al tomado como ingreso.

****Docentes retirados:**

- Fernando Hernández López – ECEDU: Ingresó 21 de septiembre de 2016 y terminó el 27 de diciembre de 2016, con nueva contratación el 2 de febrero y renunció el 31 de mayo de 2017. No hay exámenes médicos de ingreso y retiro.


- Jenny Paola Hincapié – Bachillerato: Ingresó 13 de febrero de 2017 y renunció 8 de agosto de 2017. No hay exámenes médicos de ingreso y retiro.

- Julio César Galindo - Docente ECISALUD: Ingresó 03 de febrero de 2017 y terminó el 24 de agosto de 2017. No hay exámenes médicos de ingreso y retiro. –Profesiogramas–.

Teniendo en cuenta el Manual M-3,

3.3.1 Exámenes Médicos Ocupacionales de Ingreso- Periódicos y de Egreso al Personal de Planta Administrativa, se le realiza el examen médico ocupacional de ingreso previo a la vinculación con la Universidad. Los exámenes médicos ocupacionales periódicos se realizan cada dos (2) años y los de egreso se realizan una vez se desvincule el trabajador de la Universidad y tiene cinco (5) días hábiles para realizárselos.


“Asegúrese de consultar la versión vigente de este formato en <http://sig.unad.edu.co>”

	FORMATO DE INFORME DE AUDITORIA INTERNA	CÓDIGO: F-3-5-5
	PROCEDIMIENTO RELACIONADO: AUDITORÍAS INTEGRALES	VERSIÓN: 2-14-06-2017
		PÁGINAS: 10 de 27

3.3.2 Exámenes Médicos Ocupacionales de Ingreso- Periódicos y de Egreso al Personal Docente Ocasional Tiempo Completo y Medio Tiempo, se le realiza los exámenes médicos ocupacionales de ingreso al momento de vincularse con la Universidad, los exámenes médicos ocupacionales de ingreso tendrán una vigencia de (3) tres años, cuando, entre la fecha de retiro y la fecha de la nueva vinculación, transcurran más de seis (6) meses, deberá realizarse nuevamente el examen. Los exámenes médicos ocupacionales periódicos se realizan cada dos (2) años y los de egreso se realizan una vez se desvincule el trabajador de la Universidad y tiene cinco (5) días hábiles para realizárselos.

La auditada manifiesta que se están gestionando los CDPs para la realización de exámenes médicos.

**Se evidenció carpeta de registros de exámenes deteriorados (mojados y esto afecta el contenido).

	FORMATO DE INFORME DE AUDITORIA INTERNA	CÓDIGO: F-3-5-5
	PROCEDIMIENTO RELACIONADO: AUDITORÍAS INTEGRALES	VERSIÓN: 2-14-06-2017
		PÁGINAS: 11 de 27

4.3.3 OBJETIVOS Y PROGRAMA(S) *Manual M-3 numeral 4.2.1 y 3.3.2 Personal Docente ocasional TC y MT; Res. 2346 del 11 de Julio de 2007, por la cual se regula la práctica de evaluaciones médicas ocupacionales y el manejo y contenido de las historias clínicas ocupacionales.*

Personal docente activos tiempo completo y medio tiempo: - Félix Javier Villero Maestre – Medio tiempo – 10 años de vinculación; Julio César Tulande Rengifo – Tiempo completo – con 8 años de vinculación; Clara Gabriela Guzmán Maciel – Tiempo completo – con 10 años de vinculación: De acuerdo con el profesiograma (está general), se requiere examen osteomuscular, visiometría, cardio vascular y audiometría, sin embargo este último, de acuerdo a la auditada, se expresa que no es necesario realizarlo debido a que el profesiograma en ese sentido tomó a los docentes como si fuese una Universidad con modalidad presencial siendo en realidad virtual y a distancia. Con miras al ajuste del profesiograma la auditada expresa que se solicitará apoyo a la ARL para el ajuste del mismo.


Con relación al archivo de exámenes médicos en las historias laborales y dado que en la Tabla de Retención Documental -TRD-, se referencian como tipo documental, se debió realizar la consulta a la Secretaría General (SGRAL) por parte de la Gerencia de Talento Humano (GTHUM) para soportar si es necesario realizar el archivo documental o si se puede mantener en un archivo externo a la historia laboral; lo anterior dado el manejo de los "tipo a tipo" se encuentra ampliamente adelantado. El 20-09-2017 llegó memorando 210-639 cuyo asunto es una respuesta de esta dependencia dirigida a la GTHUM, fechada el 19 de septiembre de 2017 de parte de la Secretaria General dirigida al Gerente de Talento Humano, en donde se concluye que no se deben incorporar los registros de realización de exámenes médicos en las historias laborales.

4.4 IMPLEMENTACIÓN Y OPERACIÓN – 4.4.1 RECURSOS, FUNCIONES, RESPONSABILIDAD, RENDICION DE CUENTAS Y AUTORIDAD - OHSAS 18001:2007, numeral 4.4.1. Literal a) Manual M-3 numeral 12. Plan operativo OP6 PROY. 25.

Con relación a la definición y presupuesto asignado para el sistema en el presente año (por programas y actividades) – Soporte de aprobación y CDP - Avance de ejecución del presupuesto a la fecha: Con base en el anteproyecto del presupuesto, se envía a la Oficina de Planeación el requerimiento solicitado para el componente, para el 2017 la solicitud presupuestal fue por un valor de \$250.000.000,00 teniendo en cuenta ítems como: Componente del SGSST, Clima Laboral y Riegos psicosocial, se han gestionado CDPs para: 1. Exámenes médicos ocupacional, 2. Great place to work, 3. Emermédica área protegida - Servicio médico, emergencia y urgencias, para los funcionarios de la JCM, Sede Bogotá José Acevedo y Gómez (JAG), Gerencia de Relaciones Interinstitucionales (GRI) y Archivo Central Sede Carrera 30.

4.4 IMPLEMENTACIÓN Y OPERACIÓN – 4.4.1 RECURSOS, FUNCIONES, RESPONSABILIDAD, RENDICION DE CUENTAS Y AUTORIDAD OHSAS 18001:2007, numeral 4.4.1. Literal b). Manual M-3 numeral 12 y 17.

En referencia a, dónde se encuentran documentadas las funciones, responsabilidades, rendición de cuentas y autoridad: Matriz publicada en la página del SIG. Cuándo y cómo se realizó la última comunicación, se evidencia: Se encuentra documentada en la matriz de responsabilidades, actualizada el 9 agosto de 2017, en donde se incluye rol del Rector o Representante Legal, Comité Técnico de Gestión Integral y MECI, Directores Zonales, Fractales de la Gerencia de Talento Humano, Líder Nacional de Gestión de Calidad, de las zonas, se incluye competencias del Representante del componente de seguridad y Salud en el trabajo, Líder Nacional del SG-SST, Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo, Comité de Convivencia Laboral, Brigadistas, Líder de laboratorios, coordinador de infraestructura, Jefe de adquisiciones entre otros. Ajuste de las zonas. La última comunicación se realizó por correo a todos los funcionarios y específico para los Comités. Circular 610-044 del 11 de agosto de 2017.

	FORMATO DE INFORME DE AUDITORIA INTERNA	CÓDIGO: F-3-5-5
	PROCEDIMIENTO RELACIONADO: AUDITORÍAS INTEGRALES	VERSIÓN: 2-14-06-2017
		PÁGINAS: 12 de 27

4.4 IMPLEMENTACIÓN Y OPERACIÓN – 4.4.2 COMPETENCIA, FORMACIÓN Y TOMA DE CONCIENCIA. OHSAS 18001:2007, numeral 4.4.2.

Con relación a:

En dónde se encuentra documentado quien es el responsable del sistema: Se evidenció oficio escrito de 30 de marzo de 2017 firmado por el Sr. Gerente de Talento Humano cuyo asunto data de “Designación como responsable del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo”, comunicación dirigida a la Dra. Mónica Adriana Carvajalino Cabrales.

Educación, formación o experiencia de la persona encargada del Sistema: Se evidencia en la historia laboral: Especialista en Salud Ocupacional de la Universidad Manuela Beltrán, licencia de salud ocupacional y curso de 50 horas.

4.4 IMPLEMENTACIÓN Y OPERACIÓN - 4.4.2 COMPETENCIA, FORMACIÓN Y TOMA DE CONCIENCIA - OHSAS 18001:2007, num. 4.4.2.

Para la identificación de las necesidades de formación asociadas con sus riesgos y su sistema, de acuerdo con la Matriz de Peligros se identifican los riesgos y con base en ellos se determina entonces la necesidad de capacitación o formación.

Se verifican soportes de dos actividades ejecutadas:


- Higiene Postural y Manejo de Cargas y Riesgo Químico: Higiene Postural se realizó evaluación de conocimientos y de satisfacción y el 21 de julio de 2017 fecha de capacitación, a la cual se realizó las evaluaciones de conocimiento y satisfacción -resultado de estas evaluaciones: Evidenciado-, Evaluación de conocimiento: fueron 47 participantes en donde hubo 3 presenciales, presentaron la evaluación de conocimiento 25 personas, y en cuanto a evaluación de satisfacción: 25 personas. De acuerdo con el análisis de evaluación de conocimientos, se obtuvo un puntaje superior al 86% entre todos los participantes que correspondió a un alto nivel de apropiación. En cuanto a nivel de satisfacción, 25 personas. De acuerdo con el análisis de evaluación de conocimientos, se obtuvo un puntaje promedio de 38.2 sobre 40.

- Riesgo Químico: se realizó el 14 de septiembre y su evaluación de realización se encuentra en trámite.

Se mantienen los registros Link de la Web (grabación).

4.4 IMPLEMENTACIÓN Y OPERACIÓN – 4.4.2 COMPETENCIA, FORMACIÓN Y TOMA DE CONCIENCIA – Manual M-3 numeral 13.2. Capacitación.

Desde el COPASST se evidencia la participación, revisión y aprobación del PIC anual del SGSST, de acuerdo con soporte del marzo 29 de 2017, de acuerdo con la agenda, el tema fue la socialización de la capacitación en SG-SST. Los criterios para la planeación de estas capacitaciones fueron tomados los riesgos identificados en la respectiva matriz y las inspecciones generales de seguridad que se registran en el formato F-5-6-34.

	FORMATO DE INFORME DE AUDITORIA INTERNA	CÓDIGO: F-3-5-5
	PROCEDIMIENTO RELACIONADO: AUDITORÍAS INTEGRALES	VERSIÓN: 2-14-06-2017
		PÁGINAS: 13 de 27

4.4 IMPLEMENTACIÓN Y OPERACIÓN – 4.4.3 COMUNICACIÓN, PARTICIPACIÓN Y CONSULTA. OHSAS 18001:2007 num. 4.4.3.1 Lit. “a”, “b” y “c”. Manual M-3 num. 13.1

Con relación al procedimiento para la comunicación interna, externa y solicitudes realizadas (última versión); Implementación de la comunicación interna a diferentes niveles; Comunicación; Control de correspondencia, Respuestas a las partes externas interesadas: Se seleccionó a Noris Adriana Guerrero, para el control de correspondencia, se aplica el sistema de información PROCOR que permite identificar si la comunicación es interna o externa, el cual permite realizar el seguimiento hasta dar cierre a la solicitud. De acuerdo con la aplicación se evidencia la recepción de recomendación de la ARL - enfermedad profesional funcionaria Adriana Guerrero- con fecha 15 de agosto, la cual se respondió a través de correo con fecha 24 de agosto, en la cual se le socializan las recomendaciones de la ARL al Director del Centro, fractal de la Gerencia del TH y la funcionaria. El 3 de septiembre el Director del Centro JAG responde el correo en el cual expresa que se adelantarán las recomendaciones. Se seleccionó Reportes de actos inseguros de fecha 30 de agosto por parte del Sr. Christian Mancilla, informando la presencia de animales en su área.

De acuerdo a los canales dispuestos para el reporte de condiciones y actos inseguros y de acuerdo a circulares 610-018 del 6 de mayo de 2015, 610-069 del 15 de octubre de 2015, 610-038 del 22 de julio de 2016 de talento humano, se evidencia: La aplicación muestra datos con relación a: registro de incidente, tipo de reportes (clasificación del reporte en condición sub-estándar o acto sub-estándar o inseguro), clasificación del reporte (se clasifica como Componente SG-SST o Componente de Gestión Ambiental), reporte de actos inseguros (si es en adquisiciones, en partes locativas), riesgos asociados, evaluación de riesgos y gestión de incidentes. La persona diligencia en línea, con fecha, datos personales y nombres, tipo de vinculación, a la fecha se encuentran 11 incidentes reportados del 15 de octubre de 2015 hasta el 27 de febrero de 2017, sin embargo, en la columna “reporte número” se evidencia que el del 17 de febrero es el número 20. La unidad que más reporta es la Sede nacional JCM con 6 reportes y de ellos 4 del Componente SG-SST.

4.4.3 COMUNICACIÓN, PARTICIPACIÓN Y CONSULTA. – SIMULTÁNEO CON REQUISITO 4.5.3.1 “INVESTIGACIÓN DE INCIDENTES”: Con base en el reporte de condiciones y actos inseguros, se realiza la trazabilidad al participante Mónica Carvajalino en donde se expresa por los auditados lo siguiente: Reporte de condición sub-estándar (insegura generada por el riesgo locativo) donde falta una luminaria, se diligenció en la aplicación, con todos los datos, luego en la GTHUM se clasifica datos de la solicitud emitida por el usuario. Al respecto, la líder del Componte SG-SST diligencia campos en sistema y complementa la información que corresponda, luego la clasifica, y luego se inicia la gestión con las siguientes actividades: se inicia la acción solicitándose a Infraestructura y Mantenimiento Físico el cambio de la luminaria, se hizo el cambio respectivo por parte del Sr. Camilo Figueroa. Se selecciona el segundo caso de fecha 19 de noviembre de 2015: Tomás Palacio Santiago: Reporte de Usar Equipo Inseguro, con observación de un golpe en el codo por vidrio con punta que no está redondeada, presenta los mismos faltantes de registro en el Excel, la auditada informa que de acuerdo en la Aplicación no se evidencia acciones a seguir y evidencias de gestión, sin embargo, la auditada expresa que sí se realizó la gestión, no se encontró registros de información. Se debe mantener los registros en la aplicación actualizados dado que no se evidenciaron para el caso de Tomás Palacio Santiago. De acuerdo con el informe de agosto 1° de 2016, se reporta a la GAF con el requerimiento de adecuaciones locativas en el ítem de Unidades, se relaciona la solicitud del ajuste al inconveniente, se solicitó ese requerimiento 1° de agosto de 2016, a la fecha, no se ha dado respuesta al

<p>UNAD Universidad Nacional Abierta y a Distancia</p>	FORMATO DE INFORME DE AUDITORIA INTERNA	CÓDIGO: F-3-5-5
	PROCEDIMIENTO RELACIONADO: AUDITORÍAS INTEGRALES	VERSIÓN: 2-14-06-2017
		PÁGINAS: 14 de 27

requerimiento. La aplicación no registra avance y adicionalmente se encontró que no hubo solución definitiva puesto que, aunque se reportó que realizó gestión de solicitud, pero la gestión pertinente no se ha realizado. *No se tiene dominio por parte la Auditada de la información especialmente en la Aplicación, la información no es fácilmente obtenible, la aplicación en el momento de la auditoría in situ presentó problemas de funcionamiento, no se está reportando lo que le solicita por lo que hay problemas en consultas, esto se evidenció en la auditoría in situ.

4.4 IMPLEMENTACIÓN Y OPERACIÓN – 4.4.3 COMUNICACIÓN, PARTICIPACIÓN Y CONSULTA. OHSAS 18001:2007, num. 4.4.3.2. Literal “a” y “b”
Procedimiento y participación de los trabajadores - Identificación de peligros, valoración de riesgos y determinación de controles - Investigación de incidentes - Desarrollo y revisión de políticas y objetivos - Consulta de cambios en el sistema - Representación de los trabajadores en asuntos del tema. Se encontró:

- De acuerdo con el M-3 la comunicación se realiza a través de SIG (externa e interna), correos, actos administrativos, COPASST, CCL, talento en línea. La información a diferentes niveles circula por estos mismos medios. Control de correspondencia. Se aplica el sistema PROCOR (permite identificar si es interna o externa la comunicación), el cual facilita el seguimiento hasta dar cierre a la solicitud. De acuerdo con el aplicativo se evidencia la recepción de recomendación de la ARL, enfermedad profesional funcionaria ADRIANA GUERRERO, con fecha 15 de agosto, la cual se respondió a través de correo de fecha 24 de agosto, en la cual se le socializan las recomendaciones de la ARL al director del centro, fractal de la Gerencia del TH y la funcionaria. El 3 de septiembre el Director del centro JAG responde el correo en el cual expresa que se adelantaran las recomendaciones. Se soporta correo de JAG – funcionaria.

Reportes de actos inseguro el último evidenciado es de fecha 30 de agosto Cristian Mancilla, animales en el área. Soporte correo de trazabilidad.


De acuerdo con el aplicativo de Reportes de actos inseguros la unidad que más reportó actos inseguros es JCM.

- Trabajadores reportan por correo: Con corte de fecha de 24-01-2017 al 30 de agosto de 2017 fue un total de 6 reportes. El centro que más reporta es Sede nacional JCM con 4 reportes, más uno de Pasto, más uno de Medellín. Se selecciona el registrado el 27 de marzo del 2017, con descripción de hallazgo “Deterioro de las sillas (más que todo de los funcionarios) del Contact Center discriminado en 3 sillas con desprendimiento de secciones espaldas o asiento. 4 sillas con desperfecto en el mecanismo de ajuste de altura, 2 para dar de baja. Se han manifestado molestias por parte de los asesores dado que las sillas no proporcionan condiciones ergonómicas apropiadas para la gestión que desarrollan los asesores en el Contact Center”. Presentan seguimiento por parte de la Líder del Componente SG-SST con respuesta de parte de la Oficina de Adquisiciones el 12 de mayo de 2017 (no se realizó inmediatamente debido a la necesidad de hacer una inspección en toda la sede para identificar necesidades de esta naturaleza y de ahí hacerse un solo requerimiento) para las acciones pertinentes. Luego se realizó una inspección por parte de la ARL para verificar las acciones realizadas y así mismo elaborar el informe. Acciones tomadas: Inspección de puestos de trabajo, solicitud de cotizaciones, y está en proceso para el próximo Comité Financiero, igualmente se adjunta al informe de 21 de julio de 2017 en donde se evidencia las acciones en el Contact Center, enviado por parte de la fisioterapeuta de la ARL. CARPETA: informes y soportes.

- Se reportan por aplicación.

- También por los mismos accidentes de trabajo y por SAU.


En aplicación SAU: En el periodo de enero a junio se han presentado una PQRS, la cual tiene el número 166914 interpuesta por Mangely Londoño de fecha 03 de febrero de 2017 donde expresa “El año pasado desempeñé el rol de Líder del Programa UNAD English y tuve como puesto de trabajo el

 Universidad Nacional Abierta y a Distancia	FORMATO DE INFORME DE AUDITORIA INTERNA	CÓDIGO: F-3-5-5
	PROCEDIMIENTO RELACIONADO: AUDITORÍAS INTEGRALES	VERSIÓN: 2-14-06-2017
		PÁGINAS: 15 de 27

primero de la Entrada a la oficina. Este puesto está cerca a la ventana derecha donde se encontrará el “ventilador” el cual aproximadamente cada 10 a 15 minutos emite un ruido fuerte y el cual ha producido en mi oído derecho un malestar somatizado en una especie de “tañonamiento” y que ha sido manifestado en los últimos meses en un dolor de oído en horas de la noche. Lo anterior a consecuencia de haber estado toda la jornada de trabajo cerca de dicha máquina durante el año pasado. Este año he manifestado este impase en la oficina solicitando cambio de puesto alejado del ruido del ventilador ya que aunque me estoy ubicando en el tercer puesto aún siento el ruido fuerte y cuando el ventilador se detiene, mi oído siente “descanso”. Lo anterior me preocupa ya que al parecer estoy sufriendo de una “fatiga auditiva” por el ruido producido por el ventilador en cuestión”. La PQR se respondió “Acorde con lo anterior le informo que: se le dará tramite a su solicitud con la Oficina de Infraestructura física donde se ellos realizaran el respectivo estudio, para mejorar su sitio de trabajo”. Con lo anterior, el 06 de febrero de 2017, se remitió por parte de la Lider del SG-SST al Ing. William Jiménez para el trámite pertinente, el asunto no ha sido solucionado de fondo. A la fecha y para la usuaria no se ha respondido a conformidad, situación prácticamente igual al caso del Sr. Tomás Palacio Santiago.

Con relación al Comité de Convivencia Laboral: se adjunta informe de 1er semestre de 2017 en donde se evidencia el consolidado de los informes zonales con relación a las situaciones presentadas en presuntos casos de acoso laboral y otras actividades realizadas por los comités de convivencia zonales; con ello se da participación a los funcionarios a través del Comité de Convivencia Laboral.

4.4 IMPLEMENTACIÓN Y OPERACIÓN – 4.4.5 CONTROL DE DOCUMENTOS - OHSAS 18001:2007, M-3 numeral 18. En general, se controlan los documentos y registros requeridos por el sistema.

	FORMATO DE INFORME DE AUDITORIA INTERNA	CÓDIGO: F-3-5-5
	PROCEDIMIENTO RELACIONADO: AUDITORÍAS INTEGRALES	VERSIÓN: 2-14-06-2017
		PÁGINAS: 16 de 27

4.4 IMPLEMENTACIÓN Y OPERACIÓN – 4.4.7 PREPARACIÓN Y RESPUESTA ANTE EMERGENCIAS. OHSAS 18001:2007 num. 4.4.7 M-3 n° 9.

Entrevistas: Se seleccionó a 3 brigadistas: Jhon Jairo Morales Zuluaga (VIMMEP), Hugo Gerena (Contabilidad), Luz Adriana Tarazona (VISAE), Sandra Ruth González (VIDER). Hay 32 brigadistas, pero en el Plan se cuentan 34. De los entrevistados se encuentra:


- Hugo Andrés Gerena (Contabilidad): Lleva 1 año aproximadamente como brigadista. No sabe cómo ubicarlo, recibió una capacitación el año pasado con los Bomberos, no ha recibido más capacitación, manifiesta ser brigadista de atención y rescate, pero es contra Incendios (no tiene claro a qué brigada pertenece). Dotación como brigadista: Solo tiene el chaleco. No conoce el plan de capacitación. Este año no ha participado en las capacitaciones dado que la información le llega a un correo personal que no utiliza y tuvo que avisar a GTHUM que ese correo no lo utiliza, por lo tanto, no ha participado. A la capacitación reciente no participó. En cuanto a los roles del plan no los conoce, conoce regular cadena de llamado, en cuanto al sistema de alarma conoce que en cada piso existen interruptores, en cuanto a alerta (difiere, no es lo mismo) presenta conocimiento muy general. Espera que le entreguen más recursos como los pitos, entre otros (radios, linterna, guantes, tapabocas). *El entrevistado recomienda al componente SG-SST capacitaciones mínimo una vez cada mes.

- Sandra Ruth González: Como brigadista está desde hace un (1) mes. Sabe ubicar el plan de emergencia en la página, pero no conoce a profundidad el contenido, no se identifica en cuál brigada está vinculada (evacuación y rescate). No domina el plan de emergencias. No cuenta con chaleco. Llegó como remplazo de la Sra. María Ivoine Lozada, quien pasó a la VISAE y quien después de ello terminó su vinculación.

- Luz Adriana Tarazona: Como brigadista está desde hace 1 mes. Identifica el objetivo del Plan de Emergencias, pero no conoce a profundidad el contenido, no se identifica en cuál brigada está vinculada (primeros auxilios). Carece de capacitación en esta temática. Como dotación cuenta con Chaleco.

Capacitación programada este año: Solo participó Luz Adriana Tarazona el pasado miércoles 13-09-2017. Plan de Emergencia: se efectuó revisión a la numeración del mismo, encontrando a necesidad de verificar el orden en los numerales.

Se entrevistaron los brigadistas respecto a algunos aspectos del plan de emergencias del JCM en su última versión julio de 2017 el cual reflejaron un bajo conocimiento al respecto, sin embargo, algunos aspectos se explicaron por la líder del SGSST y otros se verificaron in situ para obtener la información: Carga ocupacional promedio y horarios de trabajo, se verificará cuando se socialice y analice el plan de emergencias. Tipos de ascensores. Dos: Uno operando para subir a todos los pisos a donde se ingresa por el hall principal, y uno con prelación a discapacitados en el edificio MARM. Se cuenta con 32 brigadistas, sin embargo, se verificará el listado dado que se evidenció registro de la funcionaria Laura Natividad Pedraza Vaca (Archivo Cra. 30), a lo cual según la Sra. Nidia Briyith Mancera asesora de la ARL indica que como brigadistas del JCM solo se relacionan los que presten sus funciones en el mismo. Los brigadistas cuentan con dotación del chaleco, se busca fortalecer la dotación. Los entrevistados comentan que participaron activamente en las capacitaciones para subsanar el tema de formación de los Módulos 1, 2, 3 y 4. Manifiestan haber participado en simulacros, Hugo Gerena como brigadista y los demás entrevistados como participantes (funcionarios). No conocen los formatos a trabajar en el tema, a lo cual expresa la líder que se socializarán en próximas reuniones. El cronograma de capacitación se articula con el PIC. Se conocen en general los roles del comité operativo de emergencia. Se conoce cuál es la cadena de llamado. Se conoce cuál es el Sistema de alarma. Se conocen las rutas de evacuación desde donde se encuentra cada brigadista entrevistado. Se conocen los puntos de encuentro. De acuerdo con el último simulacro realizado en laboratorios

	FORMATO DE INFORME DE AUDITORIA INTERNA	CÓDIGO: F-3-5-5
	PROCEDIMIENTO RELACIONADO: AUDITORÍAS INTEGRALES	VERSIÓN: 2-14-06-2017
		PÁGINAS: 17 de 27

participaron 3 brigadistas (Lina-Espitia, Bernardo y Ana Belinda) (según listado de asistencia), los entrevistados no conocen los resultados. No conocen el MEDEVAL, hay un formato en el Plan de Emergencias (página 58 de 131) en donde se registra información de vida de cada persona como el Factor RH. La líder del SGSST evidencia en físico este formato con información de funcionarios del 2016. Los entrevistados no conocen el kit de derrames y su usabilidad. Se cuenta con un ascensor exclusivo para discapacitados. Adriana Tarazona: Conoce su botiquín, informa que hace 20 días se le realizó una inspección (VISAE) con requerimiento de remplazo de elementos vencidos. Los auditados brigadistas no conocen el formato de control de elementos del botiquín. En recorrido a laboratorios se evidencia señalización y mapas de evacuación (de 7 verificados solo uno tiene señalado el punto de encuentro). Se verificaron extintores y se encuentran vigentes sus recargas a octubre de 2017. Con relación al conocimiento del tema se indagaron 3 funcionarios Edgar David Tenjo Macías, VIDER no conoce el MEDEVAC, no conoce cuál es el punto de encuentro, aunque la semana pasada GTHUM ha estado retomando los puntos de encuentro y rutas de evacuación. Sandra Patricia Valderrama: no dio respuesta a aspectos básicos y generalidades del Componente SST. Luz Adriana Tarazona conoce cómo opera las alarmas sonoras cuando estas se activan.

Plan de mejoramiento: Socialización del plan. Mejorar comunicación de convocatorias a participación a comité de emergencias. Complementar los equipos de trabajo (dotación) de los brigadistas. Verificar brigadistas.

La líder del SGSST evidencia socializaciones en rutas de evacuación a las Unidades u Oficinas: ECBTI (12 personas), Educación Permanente (11), Contabilidad y GAF (8), Contact Center (8), Talento Humano (12), Tesorería (8), RyCA (6).

Se realizó inspecciones a las áreas con requerimiento de remplazo de elementos no aptos realizado el 24 de agosto de 2017. El 15 de septiembre se envió correo desde GTHUM dirigido al Proveedor Sr. Alfonso Cuervo.

4.5 MEDICIÓN Y SEGUIMIENTO DEL DESEMPEÑO. 4.5.1 MEDICIÓN Y SEGUIMIENTO DEL DESEMPEÑO.

El seguimiento se realiza por medio de los indicadores, los cual uno de los soportes es el informe accidentalidad y enfermedad laboral primer semestre enero a junio del 2017, y son de registro semestral a nivel nacional.


4.5.2 EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO LEGAL Y OTROS. Con relación a la medición de cumplimientos legales se evidenció en el numeral 4.3 PLANIFICACIÓN – 4.3.2 REQUISITOS LEGALES Y OTROS REQUISITOS OHSAS 18001:2007, descrito anteriormente.

4.5 MEDICIÓN Y SEGUIMIENTO DEL DESEMPEÑO. 4.5.3 INVESTIGACIÓN DE INCIDENTES, NO CONFORMIDAD, ACCIÓN CORRECTIVA Y ACCIÓN PREVENTIVA.

Se cuenta con Instructivo de reporte e investigación de incidentes de trabajo, I-5-6-3, versión 4-03-04-2017. En el 2017 se han presentado dos accidentes con un solo funcionario Edwin Alexander Durán García (79.832.272).

Primer Accidente. 13 de marzo de 2017. Investigación el 21 de marzo de 2017. Acción correctiva “Realizar mantenimiento a la rampa de ingreso a la sede administrativa y enviar un correo a infraestructura física estudiar la viabilidad de asignar un vigilante para ayuda física al ingreso con la silla de ruedas”, lo cual según evidencias fue eliminado el riesgo.

Segundo Accidente. 14 de junio de 2017. Acción correctiva “Mantenimiento de la baldosa del piso en el área de las oficinas administrativas en la sede JCM, espacio donde ocurrió el accidente. Lo cual según evidencias fue eliminado el riesgo.

	FORMATO DE INFORME DE AUDITORIA INTERNA	CÓDIGO: F-3-5-5
	PROCEDIMIENTO RELACIONADO: AUDITORÍAS INTEGRALES	VERSIÓN: 2-14-06-2017
		PÁGINAS: 18 de 27

El análisis de accidentalidad está publicado el informe de fecha de enero a junio de 2017, evidencia 3 accidentes dado que se incluye uno que no fue reconocido como accidente de trabajo sino de origen común, es el caso de contratista Vinnicenal Romero Andrey.

4.5 MEDICIÓN Y SEGUIMIENTO DEL DESEMPEÑO. 4.5.5 AUDITORIA INTERNA. De acuerdo con registro en SSAM a 20 de septiembre de 2017. Como resultado de la auditoría interna se registraron en el SSAM los siguientes hallazgos:

2670-H Tipo: No conformidad menor (ncm) Fecha de detección: 04/10/2016 Descripción: "En la revisión por la dirección no se evidencia dentro del ejercicio el tema de "Grado de cumplimiento de objetivos" generando incumplimiento al numeral 4,6 literal e)".

2671-H Tipo: No conformidad menor (ncm) Fecha de detección: 04/10/2016 Descripción: "Revisando los planes de mejoramiento en el SSAM del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo, en ninguno de ellos se evidencia que se revise la eficacia de las acciones correctivas y preventivas, igual revisando el procedimiento Gestión de Procedimiento (P-1-1) versión 6-24-11-2015 e Instructivo para el registro y formalización de planes de mejoramiento y programas de gestión ambiental (I-1-1-1) versión 9-24-11-2015, no se observan lineamientos de cómo revisar la efectividad en esas acciones, por lo cual se da un incumplimiento del numeral 4.5.3.2 literal e)".

2672-H Tipo: Observación por auditoría Fecha de detección: 04/10/2016 Descripción: "Actualizar toda la información de la Matriz Normativa Legal de la versión 2 a la versión 3 del formato".

De los anteriores se registraron acciones 6230, 6231, 6330, 6331, 6332, 6333 para su mitigación, las cuales actualmente se encuentran cerradas.

Como resultado de la auditoría externa se registraron en el SSAM los siguientes hallazgos:

2719-H Tipo: No conformidad menor (ncm) Fecha de detección: 28/10/2016 Descripción: "Fallas en el control operacional en Salud y Seguridad Industrial. En el laboratorio de Química, se encontró una máscara de protección respiratoria de doble cartucho, la cual es almacenada sobre una bandeja, contraviniendo lo que establece la Matriz de elementos de protección personal F-5-6-16- que este tipo de EPP debe ser almacenado herméticamente en una bolsa plástica. Fallas en el control operacional en Salud y Seguridad Industrial. No se cuenta con el registro de entrega de EPP al personal docente o a los empleados, en el Formato de entrega de Elementos de protección Personal F-5-6-16".

2720-H Tipo: No conformidad menor (ncm) Fecha de detección: 28/10/2016 Descripción: "Fallas en el Proceso de Objetivos, metas y programas: Situación 1. Las metas generadas en los programas de salud y seguridad no establecen una cuantificación de los que se quiere lograr y el tiempo para lograrlo. Situación 2. Las actividades establecidas en los programas de salud, seguridad y ambiente están relacionadas a actividades de cumplimiento legal y a control operacional ya establecidos en la Entidad (Medición, disposición de RESPEL etc.), por lo que no se evidencia como estas actividades, ayudarán a lograr el objetivo y la meta propuesta. Situación 3. Se evidenció un objetivo ambiental relacionado con el mantenimiento de los parámetros de vertimiento, establecidos en el concepto técnico 7500 de 2015, cuando el cumplimiento legal no puede establecerse como objetivo del sistema de gestión ambiental".

2722-H Tipo: No conformidad menor (ncm) Fecha de detección: 28/10/2016 Descripción: "Se evidencian las siguientes fallas en el proceso de no conformidad, acciones correctivas y acciones preventivas: - Se encontró la acción correctiva 2664-H la cual se generó, porque la entidad no cuenta con los certificados exigidos por la resolución 256 de 2014, evidenciando la formación del personal. Ante este hallazgo, no se encontró la causa raíz, como lo pide el procedimiento Gestión de planes de mejoramiento P-1-1 No se evidencia la generación de acciones preventivas en el sistema de gestión en salud y seguridad en el trabajo. - Se evidencia una falla sistemática en la identificación de causa raíz de las acciones correctivas generadas. Lo anterior

<p>UNAD Universidad Nacional Abierta y a Distancia</p>	FORMATO DE INFORME DE AUDITORIA INTERNA	CÓDIGO: F-3-5-5
	PROCEDIMIENTO RELACIONADO: AUDITORÍAS INTEGRALES	VERSIÓN: 2-14-06-2017
		PÁGINAS: 19 de 27

incumple con el numeral 4.5.3.2 No conformidad, acción correctiva y acción preventiva de la norma OHSAS 18001:2007 y el numeral 4.5.3 de la norma ISO 14001 No conformidad, acción correctiva y acción preventiva”.

2723-H Tipo: No conformidad menor (ncm) Fecha de detección: 28/10/2016 Descripción: "Se encuentra la siguiente falla en el proceso de auditorías: - No se evidencia que el programa de auditorías F-3-5-1, se realice, teniendo en cuenta la valoración del riesgo. Para OHSAS en el año 2016 solo se programó un (1) día de auditoría para toda la sede y no se auditó la totalidad de las áreas planificadas en el plan de auditoría, como laboratorio, en donde se tiene una calificación importante en la matriz de riesgos y adicionalmente se han presentado accidentes de trabajo en esa área. Lo anterior incumple el numeral 4.5.5 auditorías internas de la norma OHSAS 18001:2007, que establece "El (los) programa (s) de auditorías se deben planificar, establecer, implementar y mantener por la organización, con base en los resultados de las valoraciones de riesgo de las actividades de la organización y los resultados de las auditorías previas".

De los anteriores se registraron acciones 6310, 6311, 6312, 6313, 6314, 6315, 6316, 6318, 6319, 6320, 6321, 6322, 6323, 6326, 6327, 6328, 6329 para su mitigación, las cuales actualmente se encuentran cerradas.

4.6 REVISION POR LA DIRECCIÓN.

La última revisión se realizó en Comité Técnico de Gestión Integral y MECI del 14 de agosto de 2017, descritas las revisiones en numerales anteriores de este informe.

LABORATORIOS.

Se realizó verificación in situ en el laboratorio Multipropósito Genética 5° piso, auditada Lina Espitia.


Riesgo Químico. Tomándose la Matriz de Riesgos como referencia: Según la auditada, se identifican tipos de riesgos de índole químico, biológico, físico, eléctrico. La matriz se analiza semestral. Se retomó el tipo de peligro/ riesgo químico: Plan de acción: auditada expresa haber participado en capacitación de manejo de EPPs y se evidencia. Manifiesta que en agosto de 2017 con la ARL participaron en simulacro (no se refleja en la matriz dado que esta es del 30 de junio). En la Matriz de riesgos, se debe actualizar o hacer la observación relacionada con el seguimiento al programa de gestión del riesgo químico dado que, a partir de enero de 2017, por auditoría externa, se hizo la observación que son controles operacionales, igualmente en la columna de responsables verificar la articulación entre el SST y el CGA.

Riesgo Físico. Tomándose la Matriz de Riesgos como referencia: con relación al plan de acción, la capacitación en riesgo físico no se ha realizado, está programada en el 2° semestre de 2017, en el control de la persona "Capacitación" se sugiere adicionar autoformación en lo relacionado al Manual de la OMS-Laboratorios.

Riesgo Biológico. Se verifica la puesta de normas de bioseguridad ubicadas en la puerta de acceso al laboratorio multipropósito - genética. Se entrevista a funcionaria de Conserjes Yuli Soriano, a lo cual expresa que para aseo se usa gorros, guantes, tapabocas, botas de caucho, el vestuario es su uniforme. Informa que no se ha presentado ni derrames, ni emergencias, informa que no ha sido capacitada para afrontar estas situaciones de emergencias u otras anómalas, aunque informan que están con supervisión de la persona encargada de laboratorios mientras ellas realizan sus actividades de limpieza, por lo cual, en caso de alguna situación especial cuentan con el apoyo del experto en el manejo.

Químico: En controles figura "Productos etiquetados", es seleccionado un producto químico: Carbopol 940 se evidenció su hoja de seguridad, la etiqueta cumple conforme el instructivo estandarizado. Se cumple, Elementos de Protección Cumple (guantes de nitrilo, mascarillas). Se evidencia la inspección

“Asegúrese de consultar la versión vigente de este formato en <http://sig.unad.edu.co>”

	FORMATO DE INFORME DE AUDITORIA INTERNA	CÓDIGO: F-3-5-5
	PROCEDIMIENTO RELACIONADO: AUDITORÍAS INTEGRALES	VERSIÓN: 2-14-06-2017
		PÁGINAS: 20 de 27


preoperacional de los meses de agosto hasta la fecha a la ducha y lavajos. Matriz línea 323 columna "V", se sugiere verificar si los estudiantes se deben incluir.

En el seguimiento al plan de acción Columna con número 35: En la Matriz de riesgos, se debe actualizar o hacer la observación relacionada con el seguimiento al programa de gestión del riesgo químico dado que, a partir de enero de 2017, por auditoría externa, se hizo la observación que son controles operacionales, igualmente en la columna de responsables verificar la articulación entre el SST y el CGA

Verificación in situ de extintor (foto) vence en octubre de 2017, no se encuentra vencido.

El laboratorio cuenta con duchas y lavajos. Se selecciona una balanza (foto) requiriéndose su último mantenimiento, informan que se realizó el más reciente a finales de 2015.

El examen médico ocupacional indica la auditada que por ser contratista lo presentó en enero 2016 y sustenta líder de SST que se efectúa cada 2 años. Teniendo en cuenta que la auditada es brigadista cuenta con conocimiento en el manejo de situaciones de derrames y control de los mismos.

 Universidad Nacional Abierta y a Distancia	FORMATO DE INFORME DE AUDITORIA INTERNA	CÓDIGO: F-3-5-5
	PROCEDIMIENTO RELACIONADO: AUDITORÍAS INTEGRALES	VERSIÓN: 2-14-06-2017
		PÁGINAS: 21 de 27

INFRAESTRUCTURA Y MANTENIMIENTO FÍSICO – ADQUISICIONES.

Se verifica el contrato de obra con objeto de mantenimiento y adecuación de espacios en la sede nacional de la UNAD para el componente práctico del programa de radiología. Por valor de \$163.725.688,00 con CDP N° 229 con vigencia del 1 de marzo al 1 de mayo de 2017. El cual evidencia el informe técnico administrativo y financiero en donde se relaciona el cumplimiento de los requisitos de SGSST a tener en cuenta en las contrataciones, respaldado por el supervisor del contrato el Ing. William Jiménez, Coordinador del grupo de infraestructura física y mantenimiento.

De la oficina de adquisiciones se verifica el Contrato N. OS-2017-000128, 6 de septiembre de 2017, con Geminis Technology SAS, por valor de \$71.509.516,00, se solicita al auditado Julio Erik Castro, la implementación del Listado de verificación de cumplimiento de requisitos de contratación de bienes y servicios, relacionado en el 1-5-6-5 5-18-07-2017, por la líder del SGSST se explica que no se implementó dado que se está actualizando la lista verificación que está asociada a otra unidad y por lo tanto es necesaria la concertación, por lo cual se suple este requisito con la certificación de cumplimiento de políticas de la gestión de seguridad y salud en el trabajo y medio ambiente. Sin embargo, se indica que debe implementar la lista de verificación hasta que se genere el nuevo instructivo con los ajustes. No se reportaron los riesgos asociados a los contratos mencionados, por lo cual no se realizó análisis para la inclusión en la matriz. Es importante la articulación de las unidades que contratan y la líder del SGSST el inicio de obras para la coordinación de las actividades pertinentes al SGSST.


MAPA DE RIESGOS. Actualmente se reflejan 8 riesgos relacionados con el proceso de gestión de Talento Humano y de ellos relacionado con SGSST tres con los siguientes temas: Identificación inadecuada de riesgos y peligros, Investigación de incidentes y enfermedades y Planes de emergencia que no respondan adecuadamente a la identificación potencial y emergencias de estas. Los tres están en análisis a Control Interno para modificación y se encuentran soportados con mitigación a la fecha.

Decreto 1072, en lo correspondiente a la Res. 1111 del 27 de marzo de 2017. Se verificaron los cumplimientos de los Estándares mínimos del SGSST en su fase 1. Evaluación inicial, con tiempo establecido a agosto de 2017, los cuales se evidenciaron durante la auditoria y con un registro de cumplimiento de acuerdo con la evidencia del 98.5 %. La líder expresa que se está iniciando el plan de mejoramiento con base en estos resultados.


III. CONCLUSIONES DE AUDITORIA:

13. Hallazgos de auditoria: Registre la información solicitada de: No Conformidad Mayor (NCM), No Conformidad menor (NCm), No Conformidad Real (NCR), No Conformidad Potencial (NCP), de conformidad con el procedimiento de Auditorías Integrales.


Centr o o lugar audita do	Proceso(s) y/o procedi- miento(s) auditado(s)	Tipo de Hallazgo: No Conformidad Mayor (NCM), No Conformidad menor (NCm), No Conformidad Real (NCR), No Conformidad Potencial (NCP)	Numeral y literal de la Norma o requisito implicado en el hallazgo	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO: (¿Qué se incumplió? ¿Cómo se incumplió? ¿Cuándo se incumplió?, ¿Dónde se incumplió?)	¿Es un hallazgo reincide nte de auditoria s pasadas ?	Document o o registro evidencia del hallazgo
---------------------------------------	--	---	---	--	--	---

 Universidad Nacional Abierta y a Distancia	FORMATO DE INFORME DE AUDITORIA INTERNA	CÓDIGO: F-3-5-5
	PROCEDIMIENTO RELACIONADO: AUDITORÍAS INTEGRALES	VERSIÓN: 2-14-06-2017
		PÁGINAS: 22 de 27

Sede Nacional JCM.	Componente Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SySO)	NCm	OHSAS 18001:2007 requisito 4.3.1 Identificación de Peligros, Valoración de Riesgos y Determinación de Controles	<p>Respecto a la Valoración del Riesgo en las Áreas de Contabilidad y Vicerrectoría de Desarrollo Regional y Proyección Comunitaria, las cuales habían sido catalogadas con valoración de riesgo en categoría alta y para la actualización de la Matriz de Identificación de Peligros Valoración de Riesgos y Determinación de Controles con corte a junio de 2017 se encontró frente a la revisión de sus controles lo siguiente: Con base en el informe de intervención de puestos de trabajo de agosto de 2016, no encontrándose el informe a diciembre de 2016 de la VIDER, todavía no se reflejan la mitigación de los riesgos que justifique su reclasificación de nivel de riesgo de "alto" (diciembre 2016) a "medio" y "bajo" (a junio 2017). Se informó que se realizó las actividades de control de dichos riesgos, así como la inspección por medio de observación, con sus registros fotográficos no se puede identificar si dichas fotografías corresponden a antes o después de la intervención en los puestos de trabajo de dichas áreas, y no se cuenta con el informe a diciembre de 2016 la actividad seguimiento y verificación que confirme la mitigación de dichos riesgos que sustenten la reclasificación de dichos riesgos, se informó por parte de los auditados que se solicitó a la empresa respectiva el envío del respectivo informe de ejecución de la actividad -aislamiento de cables eléctricos.</p> <p>En la matriz de riesgos 2017 de VIDER, los controles administrativos señalaban <i>implementar orden y aseo, aplicar orden y depuración de archivo, y suministrar archivadores o muebles para el manejo de los documentos</i>, pasó lo mismo que en 2016; de acuerdo al plan de acción se mantienen las acciones "1. socializar el programa de orden y aseo al personal de esta área - 2. implementar programa de orden y aseo", no se llevó a cabo capacitaciones previstas.</p> <p>Adicionalmente se observó en la Matriz de Identificación de Peligros Valoración de Riesgos y Determinación de Controles a junio de 2017 en la columna "AK" faltaría registrar la información del año 2017 ya que no se ve claramente el registro de la fecha exacta de las actividades. En la columna "AO" falta registrar las actividades realizadas en 2017 respecto de actividades de inducción y reinducción realizadas anteriormente.</p> <p>Quedó entonces pendiente el informe de la empresa que realizó los trabajos de adecuaciones eléctricas en las dependencias y unidades de la UNAD Sede nacional JCM. Debe haber consistencia entre lo que se registra en la matriz y los avances encontrados y lo que se expresa. Así mismo, no se encontró debidamente respaldada y soportada la clasificación de "insignificante" en los riesgos de electricidad estática, riesgo que aún no ha sido mitigado.</p> <p>Lo anterior, incumple el requisito 4.3.1 de la OHSAS 18001:2007 que establece "... La organización debe documentar y mantener actualizados los resultados de la identificación de peligros, Valoración de Riesgos, y de los Controles determinados".</p>	No.	Matriz de Identificación de Peligros Valoración de Riesgos y Determinación de Controles, a junio de 2017.
--------------------	--	-----	---	--	-----	---


 Universidad Nacional Abierta y a Distancia	FORMATO DE INFORME DE AUDITORIA INTERNA	CÓDIGO: F-3-5-5
	PROCEDIMIENTO RELACIONADO: AUDITORÍAS INTEGRALES	VERSIÓN: 2-14-06-2017
		PÁGINAS: 23 de 27

Sede Nacional JCM.	Componente Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SySO)	NCm	OHSAS 18001:2007 Requisito 4.4.6 Control Operacional	<p>Se encontró en la auditoría 2017 in situ lo siguiente con relación a los siguientes DOCENTES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fernando Hernández López – ECEDU: Ingresó 21 de septiembre de 2016 y terminó el 27 de diciembre de 2016, con nueva contratación el 2 de febrero y renunció el 31 de mayo de 2017; No se encontró exámenes médicos ocupacionales de ingreso y retiro. - Jenny Paola Hincapié – Bachillerato: Ingresó 13 de febrero de 2017 y renunció 8 de agosto de 2017; No se encontró exámenes médicos ocupacionales de ingreso y retiro. - Julio César Galindo - Docente ECISALUD: Ingresó 03 de febrero de 2017 y terminó el 24 de agosto de 2017; No hay exámenes médicos de ingreso y retiro. Ver Manual M-3 numeral 4.2.1 y 3.3.2 Personal Docente ocasional TC y MT. <p>La norma de realización de estos exámenes salió en el 2007 (Res. 2346 del 11 de Julio de 2007 "<i>Por la cual se regula la práctica de evaluaciones médicas ocupacionales y el manejo y contenido de las historias clínicas ocupacionales</i>"). En la matriz de requisitos legales se estableció que el Registro de Cumplimiento para ese requisito legal consistía en "<i>Contratación de una institución prestadora de servicios de salud ocupacional para la realización de los exámenes médicos ocupacionales del personal de planta de la UNAD los cuales son costeados por la institución</i>", asunto que no se evidenció para la muestra tomada.</p> <p>Lo anterior, incumple los requisitos 4.4.6 Control Operacional de la OHSAS 18001:2007 en donde se indica que la organización debe implementar y mantener los criterios de operación estipulados en donde su ausencia podría conducir a desviaciones de la Política y Objetivos de Seguridad y Salud en el Trabajo.</p>	No.	Verificación in Situ de Registros de Exámenes médicos ocupacionales en la Gerencia de Talento Humano
--------------------	--	-----	---	---	-----	--

 Universidad Nacional Abierta y a Distancia	FORMATO DE INFORME DE AUDITORIA INTERNA	CÓDIGO: F-3-5-5
	PROCEDIMIENTO RELACIONADO: AUDITORÍAS INTEGRALES	VERSIÓN: 2-14-06-2017
		PÁGINAS: 24 de 27

Sede Nacional JCM.	Componente Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SySO)	NCm	Requisito 4.5.4 Control de Registros.	<p>Se evidenció registros de exámenes deteriorados y con su información difícil de leerse por causa de este deterioro.</p> <p>Lo anterior, incumple el requisito 4.5.4 Control de Registros de la OHSAS 18001:2007 donde se indica que los requisitos deben ser y permanecer legibles, identificables y trazables.</p>	No.	Verificación In Situ de Registros de Exámenes médicos ocupacionales en la Gerencia de Talento Humano.
Sede Nacional JCM.	Componente Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SySO)	NCm	OHSAS 18001:2007 Requisito 4.5.3.1 Gestión de incidentes	<p>Se realiza la trazabilidad del siguiente caso: Fecha de reporte 19 de noviembre de 2015 por parte de Tomás Palacio Santiago: Reporte de Usar Equipo Inseguro, con observación de un golpe en uno de sus codos por vidrio con punta que no estaba redondeada, presenta los mismos faltantes de registro en el Excel, la auditada informa que de acuerdo en la Aplicación no se evidencia acciones a seguir y evidencias de gestión. Al verificarse el soporte de esta gestión no se encontró registros de información.</p> <p>Consultándose en el sistema de información de condiciones y actos inseguros y de acuerdo a lo expresado por la auditada, hace falta registrar el reporte de avance, con base en el informe de agosto 1° de 2016, en donde se reporta a la GAF el requerimiento de adecuaciones locativas. Se solicitó ese requerimiento 1° de agosto de 2016, a la fecha, no se ha dado respuesta al requerimiento. La aplicación no registra avance y adicionalmente se encontró que no hubo solución definitiva puesto que, aunque la auditada realizó gestión de solicitud, la gestión pertinente no se ha realizado.</p> <p>Lo anterior, incumple el requisito 4.5.3.1 Investigación de Incidentes de la OHSAS 18001:2007 donde se indica que los resultados de las investigaciones de incidentes se deben documentar y mantener.</p>	No.	Verificación In Situ de Investigación de incidentes, en la Gerencia de Talento Humano.

“Asegúrese de consultar la versión vigente de este formato en <http://sig.unad.edu.co>”

	FORMATO DE INFORME DE AUDITORIA INTERNA	CÓDIGO: F-3-5-5
	PROCEDIMIENTO RELACIONADO: AUDITORÍAS INTEGRALES	VERSIÓN: 2-14-06-2017
		PÁGINAS: 25 de 27

Sede Nacional JCM.	Componente Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SySO)	NCm	OHSAS 18001:2007 Requisito 4.4.6 Control Operacional.	<p>Contrato N. OS-2017-000128, 6 de septiembre de 2017, con Geminis Technology SAS, se solicitó la implementación del listado de verificación de cumplimiento de requisitos de contratación de bienes y servicios, relacionado en el I-5-6-5 del 5-18-07-2017, por la líder del SGSST se explica que no se implementó dado que se está actualizando la lista verificación que está asociada a otra unidad y por lo tanto es necesaria la concertación, por lo cual se suple este requisito con la certificación de cumplimiento de políticas de la gestión de seguridad y salud en el trabajo y medio ambiente emitida por la empresa contratada. Sin embargo, se indica que debe implementar la lista de verificación hasta que se genere el nuevo instructivo con los ajustes.</p> <p>Lo anterior, incumple el requisito 4.4.6 Control Operacional de la OHSAS 18001:2007 donde se indica que para aquellas operaciones y actividades debe implementar y mantener: "... los controles relacionados con contratistas y visitantes en el lugar de trabajo...".</p>	No.	Verificación In Situ Contrato N. OS-2017-000128, en la Gerencia de Talento Humano
--------------------	--	-----	--	--	-----	---

14. ASPECTOS IMPORTANTES A CONSIDERAR: - Registre en este espacio las **Oportunidades de Mejora** generadas en el desarrollo del ejercicio auditor. - En segundo lugar, registre en la respectiva sección las **Observaciones** determinadas en el mencionado ejercicio auditor. Estas no se consideran incumplimientos de Norma o de Estándar, pero podrían llegar a constituirse en ello(s), no deben redactarse como tales incumplimientos a los requisitos de estos documentos. Para el tratamiento de las Observaciones de auditoría a las cuales se haya determinado que no ameritan acciones a emprender se debe(n) remitir al correo gerencia.calidad@unad.edu.co el(los) formato(s) debidamente diligenciado(s). - En tercer lugar, registre a continuación las **recomendaciones y/o sugerencias** derivadas de la auditoría interna realizada, de haber lugar a ello. - Por último, registre en este espacio aquellos **aspectos importantes a tener en cuenta por parte del auditor interno designado para la próxima auditoría.**

14.1 OPORTUNIDADES DE MEJORA:

<p>UNAD Universidad Nacional Abierta y a Distancia</p>	FORMATO DE INFORME DE AUDITORIA INTERNA	CÓDIGO: F-3-5-5
	PROCEDIMIENTO RELACIONADO: AUDITORÍAS INTEGRALES	VERSIÓN: 2-14-06-2017
		PÁGINAS: 26 de 27

- La estrategia de divulgación de convocatorias a participación a comité de emergencias – brigadistas es susceptible de mejorar, buscando la efectividad de la comunicación.
- Se podría verificar la dotación de los equipos de trabajo del personal clave de emergencias, particularmente para los brigadistas para un óptimo desempeño en estas situaciones derivadas.
- La Matriz de Identificación de Peligros Valoración de Riesgos y Determinación de Controles se podría mejorar con Hipervínculos y así rescatarse información que se requerirá sustentar, particularmente en revisiones internas y externas.
- En las sugerencias derivadas de la prueba piloto (primera versión del Manual M-3 numeral 8), las cuales se pretendió evidenciar en la actual metodología: Ante la dificultad para la obtención de la información externa incidente en el proceso, se haría necesario que realicen la respectiva acción de ajuste.


14.2 OBSERVACIONES:

1. Se hace necesario asegurar la trazabilidad, la identificación y la visibilización de los controles efectuados debido a la complejidad de la Matriz de Identificación de Peligros Valoración de Riesgos y Determinación de Controles; por ejemplo, en la columna del “avance” de acciones para que se hagan aclaraciones si hay lugar.
2. Matriz de requisitos legales: De acuerdo con las descripciones realizadas en el informe, es importante verificar los contenidos de las columnas en su diligenciamiento, con mayor énfasis en las fechas de realización de las actividades, con el fin de dar mayor claridad a las acciones. En requisitos legales anuales existe a la fecha 24 requisitos con cumplimiento de No cumplimiento con corte a 31 de diciembre de 2016 de los cuales, de acuerdo con la auditada, sí se realizó actividades relacionadas con cada uno de ellos, pero está pendiente el informe con corte a 30 de diciembre de 2016; se realizará la verificación para actualizar la matriz de requisitos legales. Una vez verificado y en caso de no cumplimiento se debe verificar cuáles son las causas y mirar la respectiva acción correctiva.
3. Insistir en consolidación de los instrumentos con que cuenta el Componente SG-SST tales como el MEDEVAL -formato en el Plan de Emergencias (página 58 de 131)- en donde se registra información de aspectos de la vida de cada persona que se deben tener en cuenta en casos de emergencia tales como el Factor RH, datos de contacto para estos casos.
4. Verificar el caso de Laura Natividad Pedraza Vaca (Archivo Cra. 30) dado de su sede de trabajo no es sede nacional (en el Plan de Emergencias de la Sede Nacional JCM figura ella) sino dicho Archivo en esa sede, se debe verificar si funcionario(s) que laboran fuera de la sede nacional pudiere hacer parte del Plan de Emergencias de JCM, según la Sra. Nidia Briyith Mancera de la ARL no debería ser así.
5. El Formato de registro de asistencia a eventos institucionales e interinstitucionales del 21 de junio de 2016, para su adecuado uso se debe asegurar y verificar su uso en la versión pertinente.

14.3 RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS:

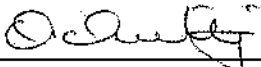
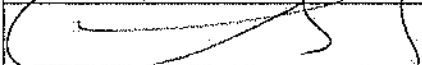
1. Se encontró el Manual M-3 se referencia 30 de junio de 2017 siendo su versión “0”, el 29 de junio de 2017 para el manual del SIG versión 8 fue última actualización para el componente en el SIG; el alcance del SIG (M1) está diferente al del M3, se recomienda abordar el correctivo que sea pertinente.
2. Se recomienda al componente SG-SST insistir en capacitaciones con mayor frecuencia, especialmente a los brigadistas en lo relacionado con Plan de Emergencias, fortalecer la actividad de los simulacros.
3. En lo contemplado en la reciente metodología aprobada de “Gestión del Cambio”: Se recomienda dejar evidencia del registro del cambio y utilizando el formato creado aproximadamente un mes (Formato de Gestión del Cambio F-5-6-33 Versión 0-18-07-2017).

“Asegúrese de consultar la versión vigente de este formato en <http://sig.unad.edu.co>”

 Universidad Nacional Abierta y a Distancia	FORMATO DE INFORME DE AUDITORIA INTERNA	CÓDIGO: F-3-5-5
	PROCEDIMIENTO RELACIONADO: AUDITORÍAS INTEGRALES	VERSIÓN: 2-14-06-2017
		PÁGINAS: 27 de 27

14.4 ASPECTOS A CONSIDERAR EN EL EJERCICIO AUDITOR POSTERIOR:

-

NOMBRE COMPLETO	RESPONSABILIDAD	FIRMA
<i>Oscar Ancha Ortiz Ardele</i>	Auditor Líder / Líder de Equipo Auditor	
	Líder Componente Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo Sede Nacional JCM.	<i>Alexander Cuestas Mosquera</i>

3

)