OAI-11210001-098

IA-012-2018

Medellín, 6 de diciembre de 2018

Doctora

MARGARITA ROSA CASTRO GONZALEZ

Coordinadora

Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo

Universidad de Antioquia

Medellín, Antioquia

Asunto: Informe de Auditoría evaluación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo- SGSST.

Respetada doctora Margarita:

La Oficina de Auditoria Institucional presenta el informe con los resultados de la auditoría al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, realizada entre 27 septiembre y el 29 de octubre de 2018.

Adjunto encontrará el informe el cual contempla: objetivo, alcance, marco normativo, trabajo realizado, antecedentes, metodología, resultados obtenidos y recomendaciones. Así mismo, adjuntamos archivo en Excel con el formato del Plan de Mejoramiento, para ser diligenciado y evaluar la pertinencia de acoger o no las recomendaciones planteadas o formular otra acción alternativa, así mismo confirmar el responsable identificado y la fecha para la ejecución de la acción.

Finalmente, se anexa archivo en Excel con la tabla de valores y calificación de los Estándares mínimos del SGSST, la cual soporta la evaluación normativa establecida; para el ejercicio interno se consideran niveles parciales de cumplimiento; esto con el fin de tener una calificación más cercana al grado de implementación de los estándares.

Quedamos atentos en suministrar alguna aclaración o ampliación que requiera sobre los asuntos tratados en este informe.

ADRIANA ASTRID ZEA CÁRDENAS

Directora Auditoría Institucional

Proyectó: Juan Camilo Idárraga /Jessie Strobel V

Anexos: Uno (20 hojas,1 Tabla de cumplimiento de Ítems de los Estándares mínimos SGSST)

***"Para contribuir con el mejoramiento de los procesos, el fortalecimiento del sistema de control interno y el logro de los objetivos institucionales"***

***Informe de Auditoría SGSST***

***Corte: Trimestre 3 de 2018***

1. ***OBJETIVO***

Verificar el cumplimiento del capítulo 6 “Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo” del Decreto 1072 de 2015, basados en los Estándares mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (Resolución 1111 de 2017) en el marco del Sistema de Garantía de Calidad del Sistema General de Riesgos Laborales para los empleadores; con el fin de identificar oportunidades de mejora que sirvan de insumo para la definición del plan de trabajo y plan de acción de la vigencia 2019

1. ***ALCANCE***

Estado de avance del Sistema de Gestión de Seguridad Salud en el Trabajo, documentación y gestión contenida en el proceso de gestión de Riesgos Ocupacionales de la Universidad de Antioquia.

1. ***MARCO NORMATIVO***

* Decreto 1072 de 2015 - Capítulo 6.
* Estándares mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (Resolución 1111 de 2017)
* NTC ISO 45001:2018 “Sistemas de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo”

1. ***METODOLOGIA***

* *Determinar el programa de auditoría para revisión de los Estándares mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (Resolución 1111 de 2017)*
* *Realizar pruebas de cumplimiento. Basados en la Herramienta de valoración de los Estándares mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (Resolución 1111 de 2017) se realizaron entrevistas, solicitud de evidencias y observación directa para verificar el cumplimiento del Capítulo 6 del Decreto 1072 de 2015.*
* *Documentar y obtener evidencia soporte en cada ítem evaluado.*
* *Presentación del informe y Cierre de la Auditoría*

1. ***ANTECEDENTES***

La Ley 1562 del 11 de julio de 2012 y el Decreto Único Reglamentario 1072 de 2015 que compiló las normas de la misma naturaleza, estipulan las disposiciones para implementar el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo - SG-SST, que consiste en el desarrollo de un proceso lógico y por etapas, basado en la mejora continua e incluye: la política, la organización, la planificación, la aplicación, la evaluación, la auditoría y las acciones de mejora.

Conforme con la Normativa citada, el día 27 de octubre de 2015 se presentó al Banco Universitario de Programas y Proyectos de Inversión, el “***Proyecto Diseño e Implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo – SGSST”***

Al respecto, se han realizado revisión del cumplimiento de los requisitos, así:

* *El 22 de febrero de 2016, “Convergente Consultoría Empresarial”, realizó una revisión del* cumplimiento de los requisitos del Decreto 1072 de 2015 y generó como conclusión un “**Cumplimiento del 41%”.**
* *Auditoría al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, realizada entre diciembre de 2016 y febrero de 2017, con pruebas adicionales entre marzo y abril, socialización y análisis con el proceso entre los meses de mayo y junio de 2017; y generó como conclusión “C****umplimiento del 49.1%****” bajo estándares mínimos de la versión Borrador 31 publicados en la página del Ministerio de Trabajo.*

1. ***DEFINICIÓN DEL SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO***

El Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo - SGSST, consiste en un proceso lógico y por etapas, basado en la mejora continua. Incluye la política, la organización, planificación, aplicación, evaluación, auditoría y las acciones de mejora con el objetivo de anticipar, reconocer, evaluar y controlar los riesgos que puedan afectar la seguridad y la salud en el trabajo.

El SGSST debe ser liderado e implementado por la administración, con la participación de los servidores públicos y/o contratistas, garantizando la aplicación de las medidas establecidas, el mejoramiento del comportamiento de los trabajadores, las condiciones y el medio ambiente laboral, y el control eficaz de los peligros y riesgos en el lugar de trabajo; considerando la prevención de los accidentes y enfermedades laborales y la protección y promoción de la salud.

1. ***RESULTADOS OBTENIDOS***
   1. ***Seguimiento al Plan de Mejoramiento***

El seguimiento al Plan de Mejoramiento con corte a marzo de 2018, evidencia:

*Fuente: Construcción propia Oficina de Auditoría Institucional*

* 1. ***Evaluación Actual***

A continuación, se presenta el resultado obtenido en los ciclos establecidos para los ***Estándares Mínimos del SGSST***, especificando el nivel de madurez, así:

* **34.00 % de cumplimiento de acuerdo con los parámetros establecidos en la normativa para cada uno de los ítems**, considerando los criterios: “*Cumple*” y “*No Cumple*”; sin posibilidad de asignar una calificación intermedia.
* **62.62 % de cumplimiento de acuerdo con el criterio de evaluación adoptado a nivel interno en la Universidad de Antioquia**; el cual considera niveles parciales de cumplimiento para cada ítem; esto con el fin de tener una calificación más acertada frente al estado de implementación de los estándares.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ciclo** | **Peso Ciclo** | **Resultado Norma** | **Resultado OAI** |
| Planear | 25% | 8,00% | 14,5% |
| Hacer | 60% | 23,50% | 41,25% |
| Verificar | 5% | 2,50% | 3,12% |
| Actuar | 10% | 0,00% | 3,75 |
| **Total** | **100%** | **34,00%** | **62,62%** |

*Fuente: Construcción propia Oficina de Auditoría Institucional*

A continuación, se relaciona para cada Ciclo, el estado de cada estándar:

* ***Planear***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Estándar** | **Numero de Ítems** | | **Peso Ítem** | **% Cumplimiento Normativo** | **Resultado**  **OAI** |
| ***Establecidos*** | ***Cumplen*** |
| Recursos | 11 | 7 | 10% | 5,00% | 7,50% |
| Gestión Integral del Sistema de Gestión de la Seguridad y la Salud en el Trabajo | 11 | 2 | 15% | 3,00% | 7,00% |
| **Planear** | **22** | **9** | **25%** | **8,00%** | **14,50%** |

* *Recursos*

*Fuente: Construcción propia Oficina de Auditoría Institucional*

* *Gestión Integral del Sistema de Gestión de la Seguridad y la Salud en el Trabajo*

*Fuente: Construcción propia Oficina de Auditoría Institucional*

* ***Hacer***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Estándar** | **Numero de Ítems** | | **Peso Ítem** | **% Cumplimiento Normativo** | **Resultado**  **OAI** |
| ***Establecidos*** | ***Cumplen*** |
| Gestión de la Salud | 20% | 18 | 10 | 12,00% | 15,50% |
| Gestión de Peligros y Riesgos | 30% | 10 | 4 | 11,50% | 20,75% |
| Gestión de Amenazas | 10% | 2 | - | 0,00% | 5,00% |
| **Hacer** | **60%** | **30** | **14** | **23,50%** | **41,25%** |

* *Gestión de la Salud*

*Fuente: Construcción propia Oficina de Auditoría Institucional*

* *Gestión de Peligros y Riesgos*

*Fuente: Construcción propia Oficina de Auditoría Institucional*

* *Gestión de Amenazas*

*Fuente: Construcción propia Oficina de Auditoría Institucional*

* ***Verificar***

*Fuente: Construcción propia Oficina de Auditoría Institucional*

* ***Actuar***

*Fuente: Construcción propia Oficina de Auditoría Institucional*

El detalle de cada uno de los ítems establecidos en cada estándar se encuentra relacionado en el Anexo 1, el cual describe:

* *Ítem del estándar*
* *Verificación de evidencia*
* *La conclusión sobre el nivel de cumplimiento de los requisitos del ítem*
* *Planteamiento de algunas recomendaciones*

ADRIANA ASTRID ZEA CARDENAS

Directora de Auditoría Institucional

***"Para contribuir con el mejoramiento de los procesos, el fortalecimiento del sistema de control interno y el logro de los objetivos institucionales"***

1. ***PLANEAR***
2. ***Recursos (Peso 10% en el SG SST)***

***1.1 Recursos financieros, técnicos, humanos y de otra índole requeridos para coordinar y desarrollar el Sistema de Gestión de la Seguridad y la Salud en el Trabajo (SGSST)***

| ***Ítem del estándar*** | ***Verificación de evidencia*** | ***Conclusión*** | ***Recomendación*** |
| --- | --- | --- | --- |
|
| 1.1.1. Responsable del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SGSST | El responsable del sistema tiene asignadas las responsabilidades en el perfil del empleo ficha código 2123 y acredita formación como Magister en Salud Ocupacional, con licencia vigente hasta el año 2020.  En la Resolución Rectoral 44555 del 18 de julio de 2018 se define el encargo de la Coordinadora del Sistema de Seguridad y Salud en el trabajo hasta el 20 de febrero de 2019  Se constató la existencia del certificado de aprobación del curso virtual de cincuenta (50) horas en Seguridad y Salud en el Trabajo. | **CUMPLE**  Los parámetros requeridos en el ítem. | Continuar con el cumplimiento del requisito.  Mantener la actualización permanente del Coordinador, en temas especializados. |
| 1.1.2 Responsabilidades en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SGSST. | La Universidad de Antioquia cuenta con una matriz de responsabilidades a nivel jerárquico general:   * *Consejo Superior* * *Rectoría* * *Secretaria General* * *Decanos* * *Vicedecanos* * *Directores de Instituto y de Escuela* * *Jefes de departamento Académico y de Centro.* * *Personal Administrativo* * *Docentes*   Sin embargo, el Manual de Responsabilidades y Competencias no incorpora aspectos relacionados con el Sistema de Salud y Seguridad en el Trabajo, en cuanto a: responsabilidad, autoridad y niveles decisorios. | **CUMPLE**  Los parámetros requeridos en el ítem. | Incorporar en el Manual de Responsabilidades y Competencias, aspectos relacionados con el Sistema de Salud y Seguridad en el Trabajo, en cuanto a: responsabilidad, autoridad y niveles decisorios y realizar su debida divulgación. |
| 1.1.3 Asignación de recursos para el Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo SGSST | En el Banco Universitario de Programas y Proyectos de Inversión se encuentra un Proyecto para Implementación, sostenibilidad y mejora del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, la Duración de este, es de 30 meses desde 1 de octubre de 2018 al 30 de marzo de 2021.  El Costo total de inversión del proyecto: Dos mil ochocientos cuarenta y seis millones de pesos ($ 2.846) | **CUMPLE**  Los parámetros requeridos en el ítem. | Disponer de información financiera y cuantitativa del SGSST, que evidencie la ejecución de recursos, tanto a nivel de dependencias, centros gestores o a nivel Institucional. Para ello, se plantea:   * Solicitar a Vicerrectoría Administrativa la configuración en el SAP, la creación de rubros presupuestales asociados a un centro de costos o algún identificador que permita configurar reportes de la ejecución presupuestal relacionada con el SGSST. |
| 1.1.4. Afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales | * Se solicitó la a la División de Talento Humano las planillas de pago de aportes a la seguridad social generadas en la plataforma ARUS, de los meses de julio, agosto y setiembre de 2018, las cuales evidencian el pago de aportes de seguridad social de los períodos de agosto, septiembre y octubre del 2018. * En entrevista realizadas en la SIU y la Dirección de Servicios Logísticos, se evidencia que existe la afiliación al Sistema de Seguridad Social, independiente de la forma de vinculación y/o contratación de conformidad con el criterio, se evidencian los soportes documentales de la afiliación. | **CUMPLE**  Los parámetros requeridos en el ítem. | Realizar seguimientos al pago de la seguridad de los trabajadores (empleados y contratistas) conforme a los requisitos de ley |
| 1.1.5. Identificación de actividades de alto riesgo y Pago de pensión | Se tiene identificado el personal, relacionado con las siguientes actividades de alto riesgo:   * Trabajo en alturas * Trabajo en caliente * Trabajo con energías peligrosas * Trabajo con sustancias químicas cancerígenas. * Trabajo con exposición a radiaciones y radiofrecuencia * Trabajo en espacio confinado (Hay un procedimiento para los tanques de la SIU)   Se tienen identificados en algunas dependencias, los servidores con actividades asociadas al uso de sustancias químicas. (Ciencias agrarias, Medicina, Biología en Ciencias Exactas, Ciencias Farmacéuticas y alimentarias), está pendiente por determinarlos niveles de exposición frente a los límites permisibles. En consideración a lo anterior, se da cumplimiento parcial al Decreto 2090 de 2003, en los artículos 2º y 3º. | **CUMPLE PARCIALMENTE**  Los parámetros requeridos en el ítem. | Realizar capacitación al personal responsable, sobre los requisitos técnicos que se deben cumplir para cada tarea de alto riesgo.  Definir responsabilidades frente a la revisión periódica de cumplimiento con los requisitos técnicos por parte del personal que realiza tareas de alto riesgo (Analizar pertinencia de las actividades/tareas y límites de exposición permisible).  Verificar periódicamente al personal contratista o vinculado con la Universidad asociado con proyectos de alto riesgo, que disponga de los certificados vigentes reglamentarios y la pertinencia en la clase de riesgo registrado para cada uno de ellos. Conservar evidencia del cumplimiento.  Realizar de manera permanente la revisión interna, a la identificación de los riesgos asociadas a cada oficio, en procura de implementar acciones correctivas o realizar cotización especial de pensión. |
| 1.1.6 Conformación COPASST | Normativa interna relacionada:   * *Acuerdo Superior 403 del 19 de marzo del 2013, conforma el Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo de carácter central y otros Comités Paritarios Satélites. Artículo 5, establece la conformación del Comité Paritario Central. Artículo 6, miembros de los Comités Paritarios Satélites.* * *Resolución Rectoral 26894 de 2008, reglamenta el procedimiento de elección de los representantes al Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo.* * *Resolución Rectoral 43981 del 19 de febrero de 2018, convocó al personal docente, administrativo y trabajadores oficiales a participar en la elección de sus representantes.*   Adicionalmente, se constató:   * *Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo de Nivel Central.*   *Los representantes de los servidores públicos para el período 2018-2020, fueron elegidos según Acta de Escrutinio Global de las Elecciones por medio electrónico del día 12 de abril de 2018, en cumplimiento a la conformación del Comité y a la elección participativa. Durante 2017, se realizaron 17 actas de reuniones del COPASST*   * *Comités Paritarios Satélites de Salud y Seguridad en el Trabajo*   *Establecidos mediante la Resolución Rectoral 41841, como organismos de promoción y vigilancia de las normas y reglamentos de salud y seguridad en el trabajo por áreas; dichos Comités Paritarios Satélites, cumplen las funciones generales establecidas en el Acuerdo Superior 403 de 2013, siguiendo los lineamientos del Comité Paritario del nivel central y disponen de cuatro horas definidas en la norma general.* | **CUMPLE**  Se cumple conforme al requisito de la Resolución 1111 Estándares Mínimos | A nivel interno, convocar a elecciones de representantes de los servidores para constituir los Comités Satélites.  Coordinar con la Dirección de Comunicaciones y la División del Talento Humano, estrategias para motivar la participación en los diferentes comités por parte de los servidores. |
| 1.1.7 Capacitación COPASST | Se realizaron las siguientes capacitaciones a personal del COPASST:   * *Investigación de accidentes e incidentes* * *Reporte de accidentes de trabajo.* * *Ludo prevención.*   Se encontró evidencia de capacitación sobre el curso de 50 horas de seguridad y salud en el trabajo, en las hojas de vida de 10 de los 16 servidores que lo conforman, los otros servidores se encuentran inscritos. | **CUMPLE PARCIALMENTE**  Los parámetros requeridos en el ítem. | Asegurar la capacitación en el curso de 50horas de seguridad y salud en el trabajo a los 6 servidores pendientes de realizarlo.  Capacitar periódicamente a todos los miembros principales y suplentes del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo, en aspectos requeridos con el cumplimiento de sus responsabilidades básicas.  Mantener bajo la custodia del Comité, en formato digital o físico, los registros de capacitación para garantizar la evidencia. |
| 1.1.8 Conformación Comité de Convivencia | Mediante la Resolución Rectoral 37917 del 7 de octubre del 2013, se definió la adopción y la aplicación de las normas relacionadas con las presuntas conductas de acoso laboral y se creó el Comité de Convivencia Laboral.  Conformación del Comité de Convivencia Laboral   * *La elección de los representantes de los servidores públicos de la Universidad de Antioquia se realiza conforme a la norma general, mediante votación universal y secreta; y el procedimiento para su elección es reglamentado por el Rector.* * *En calidad de representantes y suplentes, actúan:* * *Jefe de División de Talento Humano.* * *Coordinador de Riesgos Ocupacionales o quien haga sus veces* * *Un Psicólogo designado por la Dirección de Bienestar Universitario o quien haga sus veces* * *Un profesional designado por la Vicerrectoría de Docencia o quien haga sus veces* * *En calidad de representantes de los servidores de la Universidad de Antioquia intervienen cuatro servidores públicos vinculados a la Universidad como docentes, empleados administrativos o trabajadores oficiales, que se desempeñen en oficios de la planta de cargos con sus respectivos suplentes.*   Resolución Rectoral 44653 del 10 de agosto de 2018, se convocó al personal docente, administrativo y trabajadores oficiales a participar en la elección de sus representantes.  Mediante Acta de escrutinio del día 20 de septiembre de 2018, se realizó el proceso de elección de los representantes de los servidores públicos universitarios ante el Comité de Convivencia Laboral.  Al momento de la auditoría, se evidenció informe de gestión del Comité de Convivencia Laboral de la vigencia 2017, en la vigencia se evidenció el estudio de 6 casos reportados a octubre de 2018.  La custodia de la información del Comité de Convivencia Laboral la realiza el proceso de Riesgos Ocupacionales. | **CUMPLE**  Los parámetros requeridos en el ítem | Realizar informes trimestrales de la gestión del Comité de Convivencia Laboral. |

***1.2 Capacitación en el Sistema de Gestión de la Seguridad y la Salud en el Trabajo***

| ***Ítem del estándar*** | ***Verificación de evidencia*** | | ***Conclusión*** | | ***Recomendación*** | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1.2.1. Programa Capacitación promoción y prevención PYP | En el Plan de Capacitación Institucional PIC 2018¸ existe un documento anexo, sin firma ni fecha que hace parte de la Capacitación en PYP.    Se evidencio mediante entrevistas realizadas en la SIU y la División de Servicios Logísticos la existencia de soportes documentales que dan cuenta de la capacitación y de su evaluación, de conformidad con el criterio. | | **CUMPLE PARCIALMENTE**  Los parámetros requeridos en el ítem. | | Solicitar la participación del COPASST en la aprobación del Plan de Capacitación Institucional en lo relacionado con PyP y dejar evidencia en las actas del comité. | |
| 1.2.2 Capacitación, Inducción y Reinducción en Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SGSST, actividades de Promoción y Prevención PyP | La División de Talento Humano, dispone de un programa denominado “Preparación para el rol para servidores públicos administrativos en la Universidad de Antioquia”, mediante el formato DI-TH-FO-035, Versión 03, el cual registra temáticas generales para desempeñar el cargo, entre ellas el Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo.  El proceso de preparación para el rol es una actividad de apoyo para una adecuada ejecución según las responsabilidades y es un elemento indispensable para tener claridad en relación con la institución. Para ello, el servidor público con el jefe inmediato, deben realizar todo el proceso y diligenciar este instrumento en un máximo de cinco (5) días hábiles desde el momento de la llegada al área de trabajo.  Así mismo, Gestión del Talento Humano, dispone de los programas de inducción y reinducción, denominados: “Vivamos la Universidad - Inducción” y “Vivamos la Universidad - Reinducción”, este último reactivado en 2016. El número de participantes entre 2014 y 2017, se presenta a continuación:   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  | **2014** | **2015** | **2016** | **2017** | | Inducción | 194 | 362 | 274 | 185 | | Reinducción |  |  | 25 | 13 |   Se evidencio mediante entrevistas realizadas en la SIU y la División de Servicios Logísticos que Independiente de la forma de vinculación y/o contratación existen soportes documentales que dan cuenta de la capacitación y de su evaluación, de la inducción y reinducción de conformidad con el criterio. | **CUMPLE PARCIALMENTE**  Los parámetros requeridos en el ítem. | | Definir una estrategia institucional para capacitar a todo el personal independientemente de su tipo de vinculación y/o contratación y de manera previa al inicio de sus labores; en aspectos generales y específicos de las actividades a realizar, que incluya la identificación y control de peligros en su trabajo, la prevención de accidentes y enfermedades laborales.  Asegurarse de proporcionar al personal vinculado por la Universidad o al contratista, las capacitaciones en seguridad y salud en el trabajo de acuerdo con las necesidades identificadas en el área específica en la cual se desempeñará.  Fortalecer el programa de reinducción, para lograr metas escalonadas de cubrimiento al personal vinculado. | |
| 1.2.3. Responsables del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST con curso (50 horas) | Se observó el certificado del Coordinador del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST), del curso de capacitación virtual de 50 horas definido por el Ministerio del Trabajo, además de la inscripción del Representante legal a esta capacitación. | **CUMPLE**  Los parámetros requeridos en el ítem | | Mantener el cumplimiento del ítem | |

1. ***GESTION INTEGRAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y LA SALUD EN EL TRABAJO***

***2.1. Política de Seguridad y Salud en el Trabajo***

| ***Ítem del estándar*** | ***Verificación de evidencia*** | ***Conclusión*** | ***Recomendación*** |
| --- | --- | --- | --- |
| 2.1.1 Política del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SGSST firmada, fechada y comunicada al COPASST | El Acuerdo Superior 434 del 29 de septiembre de 2015, estableció la Política de Seguridad y Salud en el Trabajo, ratificada por el Consejo Superior en la sesión 353 del 29 de noviembre de 2016.  El acta N° 19 del COPASST del 21 de diciembre de 2016, deja evidencia de la comunicación de la Política a los integrantes del Comité y evaluación de la misma.  Se dispone de la información sobre socialización de la política en diferentes dependencias de la Universidad; sin embargo, no se cuenta con información estadística de convocados, asistentes, población cubierta, población pendiente para socializar, etc.  El artículo 2 del Acuerdo Superior 434, en determinó la responsabilidad de la dirección y el artículo 3 estableció el alcance a toda la Universidad, incluyendo visitantes, proveedores, contratistas y subcontratistas.  La política se encuentra difundida y accesible para todos los niveles de la organización en el portal:  <http://secretariageneral.udea.edu.co/doc/AS%200434-2015.pdf>  Durante el año 2017 no se realizó revisión de la Política por la Alta Dirección  El 4 de octubre de 2018, se realizó consulta a los miembros del COPASST por medio de correo electrónico, sobre el entendimiento de la Política del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo.  Al momento de la auditoría la Política se encuentra sin la firma del Representante Legal actual | **CUMPLE PARCIALMENTE**  Los parámetros requeridos en el ítem. | Revisar la Política anualmente y actualizarla de ser necesario, hacer firmar por el Representante Legal, conforme a lo establecido en el criterio. |

***2.2 Objetivos del Sistema de Gestión de la Seguridad y la Salud en el Trabajo SGSST***

| ***Ítem del estándar*** | ***Verificación de evidencia*** | ***Conclusión*** | ***Recomendación*** |
| --- | --- | --- | --- |
| 2.2.1 Objetivos definidos, claros, medibles, cuantificables, con metas, documentados, revisados del SGSST | Los objetivos generales y específicos fueron formalizados en la Resolución Rectoral 42343 del 22 de diciembre de 2016.  Durante el año 2017 no se realizó revisión de los Objetivos por la Alta Dirección  El 4 de octubre de 2018, se realizó consulta a los miembros del COPASST por medio de correo electrónico, sobre el entendimiento de los Objetivos del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo  Así mismo, la ficha técnica de indicadores de gestión, evidencian objetivos claros, medibles, cuantificables, con metas, coherentes con el plan de trabajo anual y compatibles con la normatividad vigente. Sin embargo, los Objetivos se encuentran sin la firma del Representante Legal actual | **NO CUMPLE**  Parámetros requeridos en el ítem. | Programar la revisión de los objetivos por la Alta Dirección. Formalizar con el Rector actual y obtener su firma.  Definir entre el SGSST y la Dirección de Comunicaciones las estrategias para socializar y difundir integralmente los objetivos del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo a nivel Institucional y cubrimiento integral.  Revisar los objetivos como mínimo una vez al año y de ser necesario actualizarlos, formalizarlos y difundirlos, conforme a lo establecido en el criterio. |

***2.3. Evaluación inicial del SG-SST***

| ***Ítem del estándar*** | ***Verificación de evidencia*** | ***Conclusión*** | ***Recomendación*** |
| --- | --- | --- | --- |
| 2.3.1 Evaluación e identificación de prioridades | Se cuenta con evaluación inicial de las vigencias 2016, 2017 y 2018. | **CUMPLE**  Parámetros requeridos en el ítem. | Formalizar el Plan de mejoramiento con acciones coherentes, resultados de las revisiones del avance al cumplimiento del SGSST, definir responsables y fechas de ejecución. |

***2.4. Plan Anual de Trabajo***

| ***Ítem del estándar*** | ***Verificación de evidencia*** | ***Conclusión*** | ***Recomendación*** |
| --- | --- | --- | --- |
| 2.4.1 Plan que identifica objetivos, metas, responsabilidad, recursos con cronograma y firmado | Se cuenta con un Plan de trabajo anual, y con informe de seguimiento al 30 de junio de 2018 al cumplimiento de este, le falta la firma del Rector y de la Coordinadora del SGSST | **CUMPLE PARCIALMENTE**  Parámetros requeridos en el ítem. | Formalizar con firma del Rector y la Coordinadora del SGSST los planes de trabajo relacionados con el Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo. |

***2.5. Conservación de la documentación***

| ***Ítem del estándar*** | ***Verificación de evidencia*** | ***Conclusión*** | ***Recomendación*** |
| --- | --- | --- | --- |
| 2.5.1 Archivo o retención documental del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST | La División de Gestión Documental informa que las Tablas de Retención Documental se encuentran aprobación por parte del Comité Interno de Archivos, una vez aprobadas por este comité, pasarán al proceso de convalidación por parte de Consejo Departamental de Archivos, tras esta convalidación en la universidad se debe expedir la Resolución Rectoral que adopte esta herramienta para la institución.  El Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo, se encuentra adscrito a la División de Talento Humano, por lo tanto, la información generada, se suscribe a la Tabla de Retención de esta División. | **NO CUMPLE**  Parámetros requeridos en el ítem. | Solicitar las Directrices de la División de Gestión Documental sobre las Tablas de Retención en lo relacionado con los documentos del SGSST, con el propósito de mantener su integridad. |

***2.6. Rendición de cuentas***

| ***Ítem del estándar*** | ***Verificación de evidencia*** | ***Conclusión*** | ***Recomendación*** |
| --- | --- | --- | --- |
| 2.6.1 Rendición sobre el desempeño | Durante el 2017 no se incluyó en el Informe de Rendición de Cuentas, sin embargo en el Informe de Gestión de la División de Talento Humano 2017 de finales de enero de 2018 se incluye el tema del SGSST. | **NO CUMPLE**  Los parámetros requeridos en el ítem. | Solicitar a la División de Planes y Proyectos, la incorporación en el informe de rendición de cuentas Institucional del año 2018, los avances realizados en el SGSST. |

***2.7. Normatividad nacional vigente y aplicable en materia de seguridad y salud en el trabajo***

| ***Ítem del estándar*** | ***Verificación de evidencia*** | ***Conclusión*** | ***Recomendación*** |
| --- | --- | --- | --- |
| 2.7.1 Matriz legal | La Matriz de requisitos legales se encuentra actualizada a 2018 (normas aplicables); no se ha vinculado el detalle de componentes normativos a las actividades que se realizan en el Sistema, lo que dificultad validar su aplicación. | **CUMPLE**  Los parámetros requeridos en el ítem. | Actualizar la matriz y contenga:   * Normas vigentes en riesgos laborales. * Normas técnicas de cumplimiento de acuerdo con los peligros /riesgos identificados. * Normas vigentes de diferentes entidades que le aplique. |

***2.8. Comunicación***

| ***Ítem del estándar*** | ***Verificación de evidencia*** | ***Conclusión*** | ***Recomendación*** |
| --- | --- | --- | --- |
| 2.8.1 Mecanismos de comunicación, auto reporte en Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SGSST | La Universidad dispone de:   * El sistema de gestión documental para conducir la información física, sin embargo, aún se utiliza la recepción directa de documentos en las dependencias, lo cual dificulta su control. * La herramienta Soluciones UDEA a través del portal, facilita a los servidores el trámite de los requerimientos el tema de Riesgos; además permite realizar la trazabilidad de la gestión y estadísticas de solicitudes. A la fecha de la auditoría, octubre de 2018, se contabilizaron 98 solicitudes (40 cerradas, 9 en proceso y 49 abiertas). * Así mismo, se cuenta con un Sistema Atención al Ciudadano en el Portal Universitario para el trámite de PQRS; no se conoce cuántas se relacionan directamente con SGSST. | **CUMPLE PARCIALMENTE**  Los parámetros requeridos en el ítem. | Coordinar con la Dirección de Comunicaciones y Gestión documental, la definición de estrategias relacionadas con:   * La Gestión documental * La Difusión de mecanismos de comunicación, auto reporte de condiciones inseguras, a disposición de los Servidores y sus informes |

***2.9 Adquisiciones***

| ***Ítem del estándar*** | ***Verificación de evidencia*** | ***Conclusión*** | ***Recomendación*** |
| --- | --- | --- | --- |
| 2.9.1 Identificación, evaluación, para adquisición de productos y servicios en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SGSST | Las compras o adquisiciones de la universidad en las unidades Académicas y administrativas, se asocian a los centros de costos y a ordenadores de gasto. El sistema de información SAP no se encuentra parametrizado para identificar las compras o adquisiciones de productos o servicios relacionados con Seguridad y Salud en el Trabajo.  El proceso de Riesgos Ocupacionales no posee centro de costos propio, hace parte del centro de costos de la División de Talento Humano 10410046, lo que dificulta conocer la inversión en SGSST de las adquisiciones. En consideración con lo anterior, no hay un control establecido para determinar el cumplimiento de las especificaciones. | **CUMPLE PARCIALMENTE**  Los parámetros requeridos en el ítem. | Establecer las especificaciones para realizar compras o adquisiciones de productos y servicios relacionados con seguridad y salud en el trabajo; para posteriormente, definir un procedimiento para su identificación y evaluación. |

***2.10. Contratación***

| ***Ítem del estándar*** | ***Verificación de evidencia*** | ***Conclusión*** | ***Recomendación*** |
| --- | --- | --- | --- |
| 2.10.1 Evaluación y selección de proveedores y contratistas | En algunas invitaciones a cotizar publicadas en el Portal universitario se cuenta con una carpeta con anexos entre los cuales se encuentra el de Seguridad y Salud en el Trabajo, ejemplo:   * VA 211-2018 * FCEN-21460002-068 de 2018 * VA-210-2018 * FI-324-2018 * IUEF-044-2018 * VA 200-2018   En los contratos de menor cuantía los ordenadores de gasto tienen potestad para contratar de manera directa. En entrevista a la División de Servicios Logísticos se dispone de un formato para la verificación de cumplimiento de requisitos legales en Seguridad y Salud en el Trabajo de los contratistas, elaborado por esta División. | **CUMPLE PARCIALMENTE**  Los parámetros requeridos en el ítem. | Coordinar con la Dirección de Comunicaciones la determinación de estrategias relacionada con la difusión de compras asociadas al SGSST y el procedimiento para realizarlo adecuadamente.  Revisar periódicamente los requisitos mínimos para cotizar y licitar, referentes a los temas de Seguridad y salud en el trabajo y ambiental |

***2.11 Gestión del cambio***

| ***Ítem del estándar*** | ***Verificación de evidencia*** | ***Conclusión*** | ***Recomendación*** |
| --- | --- | --- | --- |
| 2.11.1 Evaluación del impacto de cambios internos y externos en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SGSST | Actualmente se dispone del “Procedimiento para la gestión del cambio en la Institución” (DI-TH-PR-37) Está publicado en Portal Web.  En el punto 3.4 del documento se menciona la articulación con el proceso de riesgos ocupacionales para el levantamiento de la matriz de peligros.  El Requisito 8.1.3 de la Norma NTC-ISO 45001:2018, se contempla dentro del procedimiento descrito (DI-TH-PR-37); sin embargo, no se indica en el cuerpo del procedimiento la revisión de las consecuencias de los cambios no previstos y la definición de acciones para mitigar los efectos adversos | **CUMPLE PARCIALMENTE**  Los parámetros requeridos en el ítem. | Revisar el procedimiento considerando los criterios establecidos en la Norma NTC ISO-45000 |

1. ***HACER***
2. ***Gestión de la Salud***

***3.1 Condiciones de salud en el trabajo***

| ***Ítem del estándar*** | ***Verificación de evidencia*** | ***Conclusión*** | ***Recomendación*** |
| --- | --- | --- | --- |
| 3.1.1 Evaluación Médica Ocupacional | Descripción demográfica de los trabajadores.  Desde el Sistema de Información de Personal SIPE, se cuenta con información del perfil sociodemográfico de los empleados de la Universidad, y características como: sexo, edad, grado de escolaridad, estado civil, personas a cargo (considerando quienes solicitan subsidio), estrato, ocupación/cargo, de:  Servidores Públicos.  Estudiantes de Posgrado  Contratistas de apoyo a la gestión  Caracterización de condiciones de salud  Desde Gestión de Riesgos Ocupacionales, se realizó una encuesta sobre las condiciones de salud de los servidores públicos, sin embargo, no se tuvo la acogida suficiente y un nivel óptimo de respuestas. Respondieron 821 servidores, que representan un nivel de respuestas no concluyente para realizar los análisis.  Actualmente la Universidad realiza un examen médico en el momento de ingreso de los servidores, excepto para docentes de catedra.  No se cuenta con información sobre caracterización de condiciones de salud, evaluación y análisis estadístico sobre la salud de los servidores, tanto de origen laboral como común.  No se dispone de estadísticas de resultados de las evaluaciones médicas ocupacionales.  No se dispone de evidencia de negación a la realización de la evaluación médica de retiro en el momento de la formalización de la desvinculación y/o emisión de la Resolución Rectoral de aceptación de renuncia, por parte de los servidores. | **CUMPLE PARCIALMENTE**  Los parámetros requeridos en el ítem. | Definir una estrategia escalonada, que permita disponer de información actualizada de los servidores con respecto a la caracterización de sus condiciones de salud, tanto de origen laboral, como común, y de los resultados de las evaluaciones médicas ocupacionales en general.  La Alta Dirección de la Universidad, debe considerar el mecanismo que permita que al momento de la evaluación médica de retiro, se estipule el tiempo máximo para realizar el examen y en caso de no realizarlo, se dé por entendido la no aceptación por parte del servidor dejando constancia de ello. Lo anterior, en procura de minimizar un posible riesgo antijurídico. |
| 3.1.2 Actividades de Promoción y Prevención en Salud | No se ha diagnosticado el total de las condiciones de salud de los empleados. Las actividades se han realizado de acuerdo con los peligros de intervención prioritarios.  Actualmente, se tienen identificados cinco programas de vigilancia epidemiológica, a los cuales se han realizado actividades. A la fecha no existe un informe consolidado de las actividades realizadas:   * Riesgo de la voz * Desorden musculoesqueléticos * Riesgo químico * Riesgo sicosocial * Riesgo biológico   Se realizó seguimiento a exposición al ruido, los músicos y personal de la imprenta  No se cuenta con un informe consolidado de las acciones realizados. | **CUMPLE PARCIALMENTE**  Los parámetros requeridos en el ítem. | Definir el Plan para la ejecución de los exámenes médicos periódicos a partir de la fecha de entrega de los recursos asignados. |
| 3.1.3 Información al médico de los perfiles de cargo | De acuerdo con el profesiograma, el médico tiene acceso a la siguiente información:  *Peligro propio del cargo*  *Exámenes de ingreso*  *Exámenes periódicos*  *Periodicidad*  *Exámenes de egreso*  *Condiciones de salud incompatibles con el desempeño de la labor*  *Normatividad aplicable*  En las hojas de vida (historia Clínica Ocupacional) se encuentra ingresado el certificado de medicina ocupacional suministrado por la IPS Universitaria, excepto para los docentes de cátedra. | **CUMPLE PARCIALMENTE**  Los parámetros requeridos en el ítem. | Definir el Plan para la ejecución de los exámenes médicos periódicos a partir de la fecha de entrega de los recursos asignados. |
| 3.1.4 Realización de los exámenes médicos ocupacionales: preingreso, periódicos | No se han diagnosticado el total de las condiciones de salud de los empleados. Las actividades se han realizado de acuerdo con los peligros de intervención prioritarios.  Actualmente, se tienen identificados cinco programas de vigilancia epidemiológica, de los cuales se han realizado actividades en cada uno de ellos; a la fecha no existe un informe consolidado de las actividades ejecutadas.  Al respecto, es importante considerar el costo que representa la implementación del ítem para los próximos 3 años, dada la cuantificación en $1088 millones realizada por el SG SST, para un total de 28.612 exámenes. | **CUMPLE PARCIALMENTE**  Los parámetros requeridos en el ítem. | Determinar la fuente de financiamiento y la asignación de los recursos necesarios para su ejecución |
| 3.1.5 Custodia de Historias Clínicas | En la Universidad de Antioquia no se cumple con el criterio que determina el manejo y custodia de las historias clínicas, en consideración a:  Las historias clínicas con la información médica propiamente dicha, se maneja a través de la IPS Universitaria, quien cuenta con el servicio habilitado, licencia de prestación de servicios de salud ocupacional y médico licenciado la especialización.  Las historias anteriores y la información adicional requerida en el Decreto 1072 de 2015 y la Resolución 839 del 23 de marzo de 2017, se encuentra en custodia de la Coordinación del SGSST, con alto riesgo de pérdida, por la información expuesta a condiciones ambientales y de almacenamiento. | **CUMPLE PARCIALMENTE**  Los parámetros requeridos en el ítem. | Identificar el mecanismo que permita dar cumplimiento al manejo y custodia de las historias clínicas ocupacionales para dar respuesta al requisito, dado el alto nivel de riesgo de pérdida de información.  Solicitar concepto a la Unidad de Asesoría Jurídica, para manejo y custodia legal de la información digital de las historias clínicas, estableciendo los requisitos para conservar su valor probatorio y definir el tiempo requerido de conservación física. |
| 3.1.6 Restricciones y recomendaciones médico-laborales | La dependencia en la cual está adscrita el servidor, es quien se encarga de la gestión de las recomendaciones por restricciones médico-laborales.  No se cuenta con estadísticas de restricciones y/o recomendaciones médico laborales recibidas, por parte de la EPS o ARL prescritas a los trabajadores para la realización de sus funciones.  No se tiene trazabilidad y seguimiento a las adecuaciones de puestos de trabajo, reubicaciones o readaptaciones realizadas a los servidores. | **NO CUMPLE**  Los parámetros requeridos en el ítem. | Solicitar el análisis del proceso, de forma que permita identificar la integralidad de las restricciones o recomendaciones recibidas de las EPS o ARL a nivel institucional, el cual admita su registro para verificar su implementación, realizar su monitoreo y seguimiento. Lo anterior, en procura de minimizar riesgos por su materialización. |
| 3.1.7 Estilos de vida y entornos saludables (controles tabaquismo, alcoholismo, farmacodependencia y otros) | Actualmente se realizan valoraciones de riesgo cardiovascular al personal | **CUMPLE PARCIALMENTE**  Los parámetros requeridos en el ítem. | Implementar el programa de prevención de consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas y definir recursos para dicha implementación |
| 3.1.8 Agua potable, servicios sanitarios y disposición de basuras | Se cuenta con los exámenes de calidad de agua de Empresas Públicas de Medellín ESP, mensuales con resultados de los parámetros de calidad del agua, según los requerimientos del Decreto 1575 de 2007 del agua de distribución secundaria.  En la Seccional Oriente se cuenta con planta de potabilización, en donde se realizan dos muestras al mes. En la Estación Piscícola, se está implementando la planta de potabilización.  En las demás sedes y seccionales por fuera del área metropolitana, se encuentran con cubrimiento de los acueductos municipales y cuentan con el requerimiento. | **CUMPLE**  Los parámetros requeridos en el ítem. | Darle continuidad al cumplimiento del ítem y establecer un repositorio de la información y registros que evidencien su cumplimiento. |
| 3.1.9 Eliminación adecuada de residuos sólidos, líquidos o gaseosos | Todas las sedes y regionales cuentan con el servicio de recolección de residuos ordinarios, prestado por la Empresa de aseo Municipal, igualmente cuentan con un contrato de recolección de residuos peligrosos cuya interventoría está a cargo del proceso de Gestión Ambiental en la División de Servicios Logísticos.  La Universidad cuenta con el Convenio específico de cooperación con la Cooperativa Multiactiva de Recuperadores de Medellín – RECIMED, para el manejo de los residuos inorgánicos | **CUMPLE**  Los parámetros requeridos en el ítem. | Dar continuidad al cumplimiento del ítem. |

***3.2. Registro, reporte e investigación de las enfermedades laborales, los incidentes y accidentes del trabajo***

| ***Ítem del estándar*** | ***Verificación de evidencia*** | ***Conclusión*** | ***Recomendación*** |
| --- | --- | --- | --- |
| 3.2.1 Reporte de los accidentes de trabajo y enfermedad laboral a la ARL, EPS y Dirección Territorial del Ministerio de Trabajo | Se cuenta con una base de datos de accidentes de trabajo y enfermedad laboral con información trazable desde el año 2004. Se reportan al Ministerio de Salud y a las EPS solo los accidentes graves, en consistencia con la normatividad vigente. | **CUMPLE**  Los parámetros requeridos en el ítem. | Darle continuidad al cumplimiento del reporte. |
| 3.2.2 Investigación de Accidentes, Incidentes y Enfermedad Laboral | Se constató que la investigación de accidentes se realiza dentro de los quince (15) días siguientes a su ocurrencia a través del equipo investigador y se evidencio que se habían remitido los informes de las investigaciones de accidente de trabajo grave o mortal a los entes correspondientes.  Se validó la participación de un profesional con licencia en Salud Ocupacional o en Seguridad y Salud en el Trabajo en la investigación, así como la participación de un miembro del Comité Paritario en la investigación de accidentes e incidentes.  Actualmente se cuenta con reporte e investigación de 10 incidentes de trabajo. | **CUMPLE**  Los parámetros requeridos en el ítem. | Incentivar a los servidores para que se reporte los incidentes de trabajo y continuar con la investigación de las mismas. |
| 3.2.3 Registro y análisis estadístico de Incidentes, Accidentes de Trabajo y Enfermedad Laboral | Existe información relacionada con las estadísticas de los accidentes de trabajo, a través de una hoja de cálculo. Actualmente se está consolidando la siguiente información:   * Base de datos Accidentes de trabajo enfermedad laboral. * Informe de Ausentismo Laboral del año 2017. | **CUMPLE PARCIALMENTE**  Los parámetros requeridos en el ítem. | Realizar análisis de los reportes de incapacidades y ausentismo, identificar causas y casos críticos para identificar las acciones respectivas y definir estrategias institucionales.  Dar continuidad a los programas preventivos orientados hacia las enfermedades más frecuentes de mayor impacto en el ausentismo en conjunto con el Programa de Salud y dejar evidencia de estas actividades. |

***3.3. Mecanismos de vigilancia de las condiciones de salud de los trabajadores***

| ***Ítem del estándar*** | ***Verificación de evidencia*** | ***Conclusión*** | ***Recomendación*** |
| --- | --- | --- | --- |
| 3.3.1 Medición de la severidad de los Accidentes de Trabajo y Enfermedad Laboral | Se evidencia en el informe de Ausentismo Laboral Universidad de Antioquia 2017  El resultado 276.3 del índice de severidad quiere decir que por cada 100 servidores de tiempo completo se pierden cerca de 276 días por causa médica certificada. El total de días de ausencia por causa médica certificada equivale a cerca de 55 personas ausentes en el año. | **CUMPLE**  Los parámetros requeridos en el ítem. | Dar continuidad al cumplimiento del ítem, clasificar el origen del peligro que los generó y definir estrategias para minimización de eventos futuros, conservando evidencia de las acciones realizadas. |
| 3.3.2 Medición de la frecuencia de los Incidentes, Accidentes de Trabajo y Enfermedad Laboral | Se evidencia en el informe de Ausentismo Laboral Universidad de Antioquia 2017  El resultado 25.2 del índice quiere decir que por cada 100 servidores de tiempo completo, se presentan unos 25 episodios de incapacidad por causa médica certificada. | **CUMPLE**  Los parámetros requeridos en el ítem. | Darle continuidad al cumplimiento del ítem, clasificar el origen del peligro que los generó y definir estrategias para minimización de eventos futuros, conservando evidencia de las acciones realizadas. |
| 3.3.3 Medición de la mortalidad de Accidentes de Trabajo y Enfermedad Laboral | Se evidencia en la tabla de Indicadores de ausentismo y accidentalidad, con un valor de cero para la vigencia de 2017 | ***CUMPLE***  ***Los parámetros requeridos en el ítem.*** | Dar continuidad al cumplimiento del ítem, Clasificar el origen del peligro que los generó y definir estrategias para minimización de eventos futuros, conservando evidencia de las acciones realizadas. |
| 3.3.4 Medición de la prevalencia de incidentes, Accidentes de Trabajo y Enfermedad Laboral | Se evidencia en el informe de Ausentismo Laboral Universidad de Antioquia 2017  El resultado 14.83 de la prevalencia porcentual quiere decir que cerca del 14.83 % de la población laboral ha tenido ausencia médica certificada, al menos una vez en el año | **CUMPLE**  Los parámetros requeridos en el ítem. | Dar continuidad al cumplimiento del ítem, clasificar el origen del peligro que los generó y definir estrategias para minimización de eventos futuros, conservando evidencia de las acciones realizadas. |
| 3.3.5 Medición de la incidencia de Incidentes, Accidentes de Trabajo y Enfermedad Laboral | Se evidencia en la tabla de Indicadores de ausentismo y accidentalidad, con un valor de 0.08 para la vigencia de 2017 | **CUMPLE**  **Los parámetros requeridos en el ítem.** | Dar continuidad al cumplimiento del ítem, Clasificar el origen del peligro que los generó y definir estrategias para minimización de eventos futuros, conservando evidencia de las acciones realizadas. |
| 3.3.6 Medición del ausentismo por incidentes, Accidentes de Trabajo y Enfermedad Laboral | Se evidencia en el informe de Ausentismo Laboral Universidad de Antioquia 2017 que la empresa mide el ausentismo por enfermedad laboral y común y por accidente de trabajo, como mínimo una vez al año y realiza la clasificación del origen del peligro/riesgo que lo generó (físicos, ergonómicos, o biomecánicos, químicos, de seguridad, públicos, psicosociales, entre otros) | **CUMPLE**  Los parámetros requeridos en el ítem. | Dar continuidad al cumplimiento del ítem, determinando mecanismos para que el informe se pueda dar con cobertura al semestre anterior, con el fin de que se realicen acciones de mejora con oportunidad  Determinar estrategias a nivel institucional, con los resultados obtenidos y conservar evidencia. |

1. ***Identificación de peligros, evaluación y valoración de riesgos***

***4.1. Identificación de peligros, evaluación y valoración de los riesgos***

| ***Ítem del estándar*** | ***Verificación de evidencia*** | ***Conclusión*** | ***Recomendación*** |
| --- | --- | --- | --- |
| 4.1.1 Metodología para la identificación, evaluación y valoración de peligros | Se cuenta con matriz para la identificación de peligros y se hace evaluación y valoración de los riesgos conforme a la metodología para la identificación de los peligros y la valoración de los riesgos en seguridad y salud ocupacional (Guía Técnica Colombiana - GTC 45). | **CUMPLE**  Los parámetros requeridos en el ítem. | Darle continuidad al cumplimiento del ítem.  Promover la articulación institucional de los gestores de riesgos, que permitan la identificación de nuevos riesgos y contribuya con la actualización permanente de la información.  Evaluar y valorar los riesgos dando alcance a todos los procesos, actividades rutinarias y no rutinarias, maquinaria y equipos de todas las Unidades y todos los servidores independientemente de su tipo de vinculación y/o contratación. |
| 4.1.2 Identificación de peligros con participación de todos los niveles de la empresa | La identificación de peligros, su evaluación y valoración se desarrolló con la participación de diferentes servidores y se cuenta con la evidencia de la matriz de riesgos por cada edificación.  Se solicitó evidencia a la SIU, 38 laboratorios con Matriz para la identificación de peligros y valoración de riesgos, 29 de ellos cuentan con Inspección y Plan de Mejoramiento, de estos a 17 se le ha realizado la realimentación a todo el personal.  En la División de Infraestructura Física, se evidencio el levantamiento de riesgos y peligros asociados a las actividades del personal vinculado por esta, además se solicitó información relacionada de sus contratistas; es de anotar que el personal contratado por las Dependencias de manera autónoma no necesariamente cuenta con el conocimiento y aval de la División. | **CUMPLE PARCIALMENTE**  Los parámetros requeridos en el ítem. | Darle continuidad al cumplimiento del ítem.  Coordinar entre la División de talento Humano, la División de Infraestructura Física y la Dirección de Comunicaciones, una estrategia que permita sensibilizar a la comunidad de la importancia de contribuir con la identificación de peligros, evaluación y valoración del riesgo, promoviendo la participación de diferentes niveles de la empresa y procurar su actualización permanente. |
| 4.1.3 Identificación y priorización de la naturaleza de los peligros (Metodología adicional, cancerígenos y otros) | Se tiene una identificación de las sustancias catalogadas como carcinógenas o con toxicidad aguda (Ciencias Agrarias, Medicina, Ciencias Exactas y Naturales y Ciencias Farmacéuticas y Alimentarias)  En la SIU se identifica el programa Etiquétame y la contratación de una empresa para la tercerización de las actividades relacionadas con el manejo de formaldehidos y sustancias peligrosas | **CUMPLE PARCIALMENTE**  Los parámetros requeridos en el ítem. | Fortalecer los procesos de capacitación para el personal que manipule o trabaje con agentes o sustancias catalogadas como carcinógenas o con toxicidad aguda, de manera que sea de obligatorio cumplimiento la observancia de las normas relacionadas, dejar evidencia del ejercicio.  Verificar que los riesgos asociados a estas sustancias o agentes carcinógenos o con toxicidad aguda sean priorizados y se realicen acciones de prevención e intervención.  Verificar la existencia de áreas destinadas para el almacenamiento de las materias primas e insumos y sustancias catalogadas como carcinógenas o con toxicidad aguda, además que estas cumplan con todos los estándares y medidas de seguridad.  Continuar con el seguimiento al uso de los equipos de protección personal y verificar las mediciones a las cabinas y extractores de gases |
| 4.1.4 Realización mediciones ambientales, químicas, físicas y biológicas | Se cuenta evidencias mediciones y sus soportes:  Medición de formaldehidos  Medición de ruido  Medición de campos electromagnético.  Medición material particulado.  Mediciones de radiación para antenas repetidoras.  No se evidencia presentación de informe respectivo al Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo – COPASST | **CUMPLE PARCIALMENTE**  Los parámetros requeridos en el ítem. | Realizar las mediciones ambientales pertinentes.  Presentar los resultados de las mediciones ambientales realizadas al Comité Paritario en Seguridad y Salud en el Trabajo, para que sirvan como insumo para la toma de decisiones. |

***4.2. Medidas de prevención y control para intervenir los peligros/riesgos***

| ***Ítem del estándar*** | ***Verificación de evidencia*** | ***Conclusión*** | ***Recomendación*** |
| --- | --- | --- | --- |
| 4.2.1 Se implementan las medidas de prevención y control de peligros | La matriz de riesgos se elaboró por cada edificación y algunas de ellas, son compartidas por diferentes dependencias; por lo cual, para algunos casos se dificultan las interacciones para la determinación de fuentes o recursos de financiamiento, para la intervención de espacios de uso común o compartido.  No se realizaron actualizaciones en el año 2017, para el 2018 se encuentra asignada una persona para la revisión y actualización de las medidas de prevención y control.  En septiembre de 2017 se presentó un Plan de intervención locativa el cual fue ejecutado por la División de Infraestructura por un valor aproximado de 1482 millones de pesos, se cuenta con la evidencia.  En la SIU se evidencio la actualización de la Matriz de Riesgos para sus Laboratorios y los Planes de Intervención con sus Seguimientos | **CUMPLE PARCIALMENTE**  Los parámetros requeridos en el ítem. | Actualizar la matriz de riesgos y poner en marcha los planes de intervención a que se dé lugar. |
| 4.2.2 Se verifica aplicación de las medidas de prevención y control | Se evidencian la aplicación de medidas para la prevención y control de los peligros /riesgos (físicos, ergonómicos, biológicos, químicos) por parte de los trabajadores, en las visitas realizadas a la SIU y en entrevistas realizada a personal de la División de Infraestructura. | **CUMPLE PARCIALMENTE**  Los parámetros requeridos en el ítem. | Implementar en todas las Dependencia los mecanismos para el seguimiento de las medidas de prevención y control aplicables a servidores y contratistas |
| 4.2.3 Hay procedimientos, instructivos, fichas, protocolos | Se encuentran protocolo de:  Trabajo en espacios confinados  Trabajos en caliente  Trabajos en altura  Energías peligrosas  Se evidenciaron procesos de capacitación y divulgación en las visitas realizadas a la SIU y en entrevistas realizada a personal de la División de Infraestructura. | **CUMPLE**  Los parámetros requeridos en el ítem. | Mantener actualizados los procedimientos, instructivos y fichas técnicas, específicas y propias de las actividades a realizar, acorde con los lineamientos definidos por la División de Arquitectura de Procesos y socializar al personal dejando evidencia de ello. |
| 4.2.4 Inspección con el COPASST o Vigía | Se evidencio un Plan de inspecciones con la participación de algunos miembros del COPASST, durante la vigencia del 2018. | **CUMPLE**  Los parámetros requeridos en el ítem. | Verificar el cumplimiento del Plan de Inspecciones, incluido en el plan de trabajo del COPASST, y de las unidades académicas y/o administrativas.  Analizar en el Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo, el resultado de las inspecciones realizadas, con el fin de identificar posibles riesgos asociados y adelantar las respectivas medidas de tratamiento o acciones preventivas. |
| 4.2.5 Mantenimiento periódico de instalaciones, equipos, máquinas, herramientas | Se cuenta con un Plan de Mantenimiento con personal especializado (Eléctricos, de infraestructura física, de bombas de aires acondicionado etc) para su ejecución  Se evidenció la atención de mantenimiento preventivo y/o correctivo en las instalaciones de la Universidad, a partir del reporte de Tickets, atendidos por la División de Infraestructura Física  Para los equipos y herramientas, existe un plan de mantenimiento en la División de Infraestructura Física  Así como también, existe el formato DI-TH-FO-088 Inspección de Seguridad, que se encuentra disponible en el portal, para uso del auto reporte por parte de los servidores. | **CUMPLE**  Los parámetros requeridos en el ítem. | Difundir el uso del formato DI-TH-FO-088 Inspección de Seguridad, para identificar las acciones orientadas al mantenimiento periódico de instalaciones, equipos, máquinas, herramientas.  Presentar informes periódicos del avance al plan de mantenimiento y su inversión en recursos |
| 4.2.6 Entrega de Elementos de Protección Persona EPP, se verifica con contratistas y subcontratistas | Se cuenta con un procedimiento para la identificación, entrega y control de elementos y/o equipos de protección personal (CÓDIGO: DI-TH-PR-29, versión: 01 del 17 junio de 2016) además del formato de entrega de elementos y equipos de protección personal (código DI-TH-FO 082), la ficha técnica de elementos de protección personal (código DI-TH-FO 102) y la matriz de elementos de protección personal (código DI-TH-FO 110)  En la visita realizada a la SIU y en entrevistas realizada a personal de la División de Infraestructura, se evidenció la entrega y reposición de los Equipos de Protección Personal, con su correspondiente registro de capacitación.  No se cuenta con informe consolidado a nivel institucional, ni evidencia sobre el control de entregas realizado en cada Dependencia. | **CUMPLE PARCIALMENTE**  Los parámetros requeridos en el ítem. | Definir desde Riesgos Ocupacionales un mecanismo para consolidar la información institucional, relacionada con:   * Solicitar mecanismos que evidencien la entrega y/o reposición de los elementos de protección personal a vinculados contratistas y subcontratistas. * Implementar el programa de inspecciones de comportamientos seguros en cada unidad académica y administrativa para evidenciar el uso de los elementos de protección, por parte de los trabajadores. |

1. ***Gestión de Amenazas***

***5.1. Plan de prevención, preparación y respuesta ante emergencias***

| ***Ítem del estándar*** | ***Verificación de evidencia*** | ***Conclusión*** | ***Recomendación*** |
| --- | --- | --- | --- |
| 5.1.1 Se cuenta con el Plan de Prevención y Preparación ante emergencias | Existe un Plan de prevención, preparación y respuesta ante emergencias, por sede, seccional y bloque de Ciudad Universitaria. Se evidenció programación de simulacros de evacuación y se han realizado los simulacros en SIU, Bloque 5, Bloques 18, 19, 20 y 21 y Facultad Nacional de Salud Pública, se tiene programado el Simulacro Nacional de Emergencias para el 24 de octubre de 2018 con sus respectivas evidencias de socialización.  No se evidenciaron planos con señalización en todas las instalaciones. | **CUMPLE PARCIALMENTE**  Los parámetros requeridos en el ítem. | Instalar los planos faltantes con la señalización de evacuación, identificando áreas y salidas de emergencia.  Programar periódicamente simulacros en diferentes sedes y seccionales. |
| 5.1.2 Brigada de prevención conformada, capacitada y dotada | Se están reconformando las brigadas (grupos de emergencias por bloques y seccionales) sin evidencias de capacitación.  No hay evidencia de verificación de que la dotación de cada brigada se encuentre con los elementos mínimos establecidos. | **CUMPLE PARCIALMENTE**  Los parámetros requeridos en el ítem. | Definir la conformación en cada uno de los bloques, sedes y seccionales la brigada de prevención, preparación y respuesta ante emergencias, con el personal capacitado y formado.  Continuar con las capacitaciones en los cursos de atención y prevención de emergencias.  Confirmar en cada uno de los bloques, sedes y seccionales, que la dotación de cada brigada (Camilla, botiquín y extintores, entre otros) se encuentre completa con los requerimientos mínimos establecidos y en condiciones aptas para su uso. En caso de identificar deficiencias en los niveles de dotación, se debe gestionar para completarlas. |

1. ***VERIFICAR***
2. ***Verificación del SG-SST***

***6.1. Gestión y resultados del SG-SST***

| ***Ítem del estándar*** | ***Verificación de evidencia*** | ***Conclusión*** | ***Recomendación*** |
| --- | --- | --- | --- |
| 6.1.1 Indicadores estructura, proceso y resultado | Se observó la ficha de indicadores de estructura, proceso y resultado del SGSST, con información histórica, hasta 2016, no se evidencio medición para 2017 y 2018.  Se cuenta con Indicadores de Resultado (Cobertura, Estado de Avance de Plan de Trabajo), no se evidencian Indicadores de Estructura ni de Proceso. | **CUMPLE PARCIALMENTE**  Los parámetros requeridos en el ítem. | Establecer mecanismos que fomenten la entrega oportuna de información requerida por la ARL para la calificación del origen de los eventos de accidente de trabajo y enfermedad laboral para que se permita disponer de indicadores actualizados, base para la toma de decisiones. |
| 6.1.2 Planificación de auditoría anual con el COPASST | El 20 de septiembre se presenta ante el COPASST la propuesta de plan de auditoria para su validación y posterior ejecución el 27 de septiembre. | **CUMPLE**  Los parámetros requeridos en el ítem. | Adelantar anualmente el ejercicio de las Auditorías Internas considerando dentro de la planeación el programa de auditoria el alcance de la auditoría, la periodicidad, la metodología y la presentación de informes así como la planificación con la participación del COPASST |
| 6.1.3 Alcance de la auditoría de cumplimiento del SGSST | Se realiza auditoría a partir del 27 de septiembre de 2018 al Estado de avance del SG-SST, documentación y gestión contenida en el proceso de Gestión de Riesgos Ocupacionales de la Universidad de Antioquia.  Cumplimiento del capítulo 6 “Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo” del Decreto 1072 de 2015, basados en lo descrito en los Estándares mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (Resolución 1111 de 2017); con el fin de identificar oportunidades de mejora para la definición del plan de trabajo y plan de acción de la vigencia 2019. | **CUMPLE PARCIALMENTE**  Los parámetros requeridos en el ítem. | Documentar las evidencias del ejercicio de Auditoria, con los soportes correspondientes. |
| 6.1.4 Revisión anual por la alta dirección, resultados y alcance de la auditoría | La revisión por la Alta Dirección no se realizó en la vigencia 2017, se realizará en el 2018 considerando las entradas acorde NTC ISO 45001:2018 | **NO CUMPLE**  Los parámetros requeridos en el ítem. | Dar continuidad al cumplimiento del ítem. |

1. ***ACTUAR***
2. ***Mejoramiento***

***7.1. Acciones preventivas y correctivas con base en los resultados del SG-SST.***

| ***Ítem del estándar*** | ***Verificación de evidencia*** | ***Conclusión*** | ***Recomendación*** |
| --- | --- | --- | --- |
| 7.1.1 Definir acciones de Promoción y Prevención con base en resultados del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SGSST | Se cuenta con planes de mejoramiento documentados:   * Ingeniería (Contrato Metro) * Escuela de Microbiología. * SIU (En visita a esta se evidencio un base de datos del estado de las acciones correctivas y de mejora tipificadas por laboratorio y por estado, dicha práctica facilita su gestión) | **CUMPLE PARCIALMENTE**  Los parámetros requeridos en el ítem. | Continuar la documentación de los planes de mejoramiento, con el registro de acciones correctivas, de mejora o preventivas, producto de las supervisiones, inspecciones, medición de indicadores, entre otras, con el fin de disponer de registros que evidencien las acciones realizadas, controles implementados y permitan verificar su eficacia |
| 7.1.2 Toma de medidas correctivas, preventivas y de mejora de la revisión por la Dirección. | No se ha realizado la Revisión por la Dirección, está programada para 2018. | **NO CUMPLE**  Los parámetros requeridos en el ítem. | Implementar la evaluación de medidas de prevención y control a partir de la revisión por la Alta Dirección del SGSST y disponer de registros históricos que permitan realizar la trazabilidad de su mejoramiento. |
| 7.1.3 Ejecución de acciones preventivas, correctivas y de mejora de la investigación de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedad laboral | Se evidencia el seguimiento a las recomendaciones resultado de la investigación de accidentes en el período 2017; sin embargo, no se evidenciaron acciones preventivas, correctivas y de mejora, producto de su análisis.  No existe la cultura del reporte de incidentes y no se han realizado los seguimientos a todas las investigaciones de accidentes. | **CUMPLE PARCIALMENTE**  Los parámetros requeridos en el ítem. | Realizar la implementación del plan de mejoramiento, en el cual se registren las acciones preventivas, correctivas y de mejora planteadas como resultado de investigaciones de accidentes e incidentes y la identificación de las causas básicas de las enfermedades laborales.  Realizar seguimiento de las investigaciones de todos los accidentes e incidentes e identificar las causas, con el fin de implementar acciones que minimicen la materialización del riesgo. |
| 7.1.4 Implementar medidas y acciones correctivas de autoridades y de ARL | La ARL envía informe consolidado de los accidentes graves, se evidencia registros por parte de las unidades académicas y administrativas de la implementación de medidas y acciones correctivas producto de requerimientos de las autoridades administrativas y de la Administradora de Riesgos Laborales - ARL, en los formatos de seguimiento a los accidentes laborales, se realiza seguimiento a las recomendaciones de intervención de las causas encontradas (Informe de investigación de accidentes)  No se evidencia análisis y consolidado de medidas y acciones correctivas producto de las recomendaciones emitidas por las autoridades administrativas y de la Administradora de Riesgos Laborales – ARL. | **CUMPLE PARCIALMENTE**  Los parámetros requeridos en el ítem. | Definir desde el proceso de Riesgos Ocupacionales SGSST, un mecanismo que permita el registro y verificación en cada Unidad, de la implementación de las medidas y acciones correctivas producto de requerimientos o recomendaciones de autoridades administrativas, así como de las Administradoras de Riesgos Laborales.  Evaluar la implementación de un sistema de información que permita la consolidación y gestión de las acciones producto de los reportes de accidentes y recomendaciones emitidas por autoridades administrativas, así como de las Administradoras de Riesgos Laborales. |