Diseño del Sistema de Gestión Integrado basado en las normas ISO 9001:2015 y el Decreto 1072:2015; libro 2 parte 2 titulo 4to capitulo 6 en la empresa CESALUD S.A

Sandra Patricia Caicedo Salas

Escuela Colombiana de Ingeniería Julio Garavito
Facultad de Ingeniería Industrial
Especialización en Gestión Integrada QHSE
Cohorte 34
Bogotá D.C.
2016.

Diseño del Sistema de Gestión Integrado basado en las normas ISO 9001:2015 y el Decreto 1072:2015; libro 2 parte 2 titulo 4to capitulo 6 en la empresa CESALUD S.A

Sandra Patricia Caicedo Salas

Ing. Ricardo Vásquez Arango
Director trabajo de grado

Escuela Colombiana de Ingeniería Julio Garavito
Facultad de Ingeniería Industrial
Especialización en Gestión Integrada QHSE
Cohorte 34
Bogotá D.C.
2016

Agradecimientos

A Dios por permitirme la oportunidad de realizar mis sueños, a mi familia por su apoyo constante, a los docentes de la especialización por transmitirnos sus conocimientos, al Ing. Ricardo Vásquez por su paciencia, sus conocimientos y por ser mi guía en la realización del trabajo de grado.

Resumen ejecutivo

El trabajo de grado está basado en el diseño del sistema de gestión integrado basado en las Normas ISO 9001: 20015, y el Decreto 1072/15; libro 2 parte 2 título 4to capítulo 6 en la empresa Cesalud S.A. como una herramienta de gestión, para el logro de los objetivos institucionales promoviendo la mejora continua en los procesos.

Se desarrolló un diagnóstico de la situación actual de la empresa frente a los requisitos exigidos por las Normas ISO 9001:2015 y decreto 1072/15; libro 2 parte 2 título 4to capítulo 6, de ahí se creó toda la documentación correspondiente a los sistemas de calidad , seguridad y salud ocupacional de la institución, se realizaron las matrices correspondientes. Apartir de esta documentación se diseñó el Sistema de Gestión Integrado dejando la opción a la institución de su implementación.

Contenido

Introducción 6
Objetivo 8
Objetivo General 8
Objetivos Específicos 8
Planteamiento del problema 9
Alcance y limitaciones 9
Marco teórico 10
Sistema de Gestión 10
Sistema de Gestión Integrada 10
Sistema de Gestión de la Calidad 10
Norma ISO 9001:2015 11
Sistema de Gestión de la seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST). 12
Metodología PHVA 12
Empresa Objeto de Estudio 14
Generalidades 14
Reseña Histórica 15
Misión 16
Visión 16
Servicios y Productos 16
Organigrama 18
Diagnóstico Inicial de la Empresa ante los Sistemas de Gestión 19
Diagnóstico de la empresa ante la Norma ISO 9001:2015 19
Diagnóstico de la empresa ante el Decreto 1072/2015; Libro 2 Parte 2 Título 4to Capítulo 6 Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo. 24
Análisis Dofa. 26
Requisitos normativos en calidad y seguridad y salud en el trabajo 29
Generalidades 40
Oportunidades de mejora 65
Mapa de Procesos 66

Caracterizacion de Procesos 67
Diseño del sistema de gestión integrado 69
Política Integrada QHS 69
Alcance del Sistema Integrado 69
Objetivos integrados 69
Procedimientos del Sistema Integrado 70
Procedimiento para el control de documentos 70
Procedimiento para el control de registros. 78
Procedimiento para el control de producto no conforme. : 82
Procedimiento para auditorías internas 85
Procedimientos acciones correctivas y de mejora 91
Procedimiento para la Identificación de Riesgos y Peligros, Valoración de Riesgos y Determinación de Controles. 97
Procedimiento para la Identificación de Requisitos Legales 112
Procedimiento para reporte e investigación de incidentes. 116
Procedimiento de Selección, Vinculacion, Induccion y Capacitacion del Personal. 121
Procedimiento para la Comunicación Interna y externa. 128
Procedimiento para el Plan de Emergencias 131
Matrices 131
Matriz para la identificación de peligros, valoración de riesgos y determinación de controles operacionales. 131
Matriz de Riesgo operacional. 132
Matriz de Requisitos Legales y de otra Índole. 132
Referencias 133
Anexos 135

Lista de Tablas

	pág
Tabla 1. Generalidades	18
Tabla 2. Lista chequeo calidad	23
Table 3. Lista chequeo SG-SST	26
Tabla 4. Análisis DOFA	28
Tabla 5. Matriz DOFA	28
Tabla 6. Codificación tipo de proceso	76
Tabla 7. Codificación nombre del proceso	76
Tabla 8. Actividades control documentos	78
Tabla 9. Actividades control registros	81
Tabla 10. Actividades control productos	85
Tabla 11. Actividades procedimientos internos	89
Tabla 12. Actividades acciones correctivas	95
Tabla 13. Identificación de peligros	102
Tabla 14. Determinación nivel de deficiencia	103
Tabla 15. Determinación nivel exposición	104
Tabla 16. Determinación nivel de probabilidad	104
Tabla 17. Significado nivel de probabilidad	105
Tabla 18. Determinación nivel de consecuencias	105
Tabla 19. Determinación nivel de riesgo	106
Tabla 20. Significado nivel de riesgo	106
Tabla 21. Adaptabilidad del riesgo	107
Tabla 22. Matriz riesgo operativo	109
Tabla 23. Matriz determinación de riesgo	110
Tabla 24. Actividades requisitos legales	113
Tabla 25. Actividades investigación de incidentes	118
Tabla 26. Actividades selección personal	122
Tabla 27. Actividades inducción personal	124
Tabla 28. Actividades vinculación personal	124
Tabla 29. Actividades comunicaciones internas	129
Tabla 30. Actividades comunicaciones externas	129

Lista de figuras

	pág
Figura 1. Estructura ciclo PHVI	16
Figura 2.Organigrama	22
Figura 3. Mapa de procesos	67

Lista de anexos

	pág
Anexo 1. Caracterización gestión estratégica	135
Anexo 2. Caracterización procesos	139
Anexo 3. Caracterización gestión académica	149
Anexo 4. Caracterización gestión proyección social	154
Anexo 5. Caracterización gestión y control académico	159
Anexo 6. Caracterización gestión administrativa	164
Anexo 7. Caracterización gestión talento humano	169
Anexo 8. Plan de emergencias	174
Anexo 9. Matriz de riesgos y peligros	218
Anexo 10. Programa medicina preventiva	246
Anexo 11. Programa higiene y seguridad industrial	252
Anexo 12. Mapa de riesgos	262
Anexo 13. Matriz de requisitos legales	268

Introducción

Gestionar exitosamente una organización implica que esta sea dirigida y controlada en forma sistemática y en tiempo real, al implementar un sistema de gestión integrado, se hace posible mejorar continuamente el desempeño de la organización considerando las necesidades de todas las partes interesadas.

La gestión eficiente requiere de la integración de las variables calidad, medio ambiente, seguridad y salud.

Por una parte las exigencias del mercado impulsan a las empresas a garantizar la calidad de los productos y servicios que ofrecen, convirtiendo al sistema de gestión integrado de calidad en una herramienta fundamental en la vida empresarial.

Por otro lado el tema ambiental se ha convertido en factor de competitividad especialmente cuando se plantea estrategias de optimización de recursos (agua y energía), prevención y reducción de residuos, efluentes y emisiones así como el cumplimiento de las exigencias legales ambientales.

Así mismo la mayoría de los accidentes laborales se originan por fallas de control en los procedimientos operativos y las pérdidas ocasionadas suelen ser considerables, pueden afectar el desempeño e imagen de la empresa.

El enfoque preventivo de los sistemas de gestión en seguridad y salud en el trabajo se ha vuelto indispensable facilitando el cumplimiento de las obligaciones legales.

Los criterios de los sistema de gestión integrada no son opciones a ser incorporadas aisladamente a la administración sino son parte esencial de la gestión empresarial, ya que logran potenciar la eficiencia y efectividad de los procesos tanto operativos como administrativos aprovechando las sinergias existentes, evitando duplicidad innecesaria de funciones, responsabilidades, documentos y recursos reduciendo los esfuerzos, tiempo y presupuesto de implementación y mantenimiento.

Por lo anterior, con el presente trabajo de grado se pone a disposición de la empresa CESALUD S.A., el diseño del Sistema de Gestión Integrado basado en las Normas ISO: 9001 20015 y el Decreto 1072/15; Libro 2 Parte 2 Título 4to Capítulo 6 respectivamente logrando el uso apropiado de los recursos prioridades, mejorando la competitividad y la imagen en el mercado de la compañía.

Objetivo

Objetivo General

Realizar el diseño de un sistema integrado de gestión partiendo de un diagnóstico de riesgos laborales y satisfacción del cliente de la empresa CESALUD S.A, bajo los lineamientos de la norma ISO 9001:2015 y el Decreto 1072/15; Libro 2 Parte 2 Título 4to Capítulo 6.

Objetivos Específicos

Identificar los requerimientos normativos entre los sistemas propuestos de estudio

Determinar las oportunidades de mejora enfocada en las necesidades y expectativa del cliente en cuanto a los servicios prestados por la organización.

Proponer el sistema integrado de gestión para la empresa Cesalud S.A.

Construir la planeación estructural del sistema de gestión integral.

Planteamiento del problema

Cesalud S.A es una institución competitiva en la formación y capacitación de competencias laborales en las áreas de la salud, de ahí la necesidad de diseñar un Sistema de Gestión Integrado basados en la Norma ISO: 9001:2015 y el Decreto 1072/15; Libro 2 Parte 2 Título 4to Capítulo 6; mediante este se logra establecer y proporcionar procedimientos que van a encaminar a la organización a una mejor calidad en la prestación de sus servicios, cumplimiento a las disposiciones de ley que exige el gobierno nacional y un análisis de trabajo seguro que permita identificar los peligros presentes a los que están expuestos los trabajadores en la realización de las actividades en Cesalud S.A

Alcance y limitaciones

El proyecto se aplica a las funciones y procesos realizados en la Institución Cesalud SA sede ubicada en la ciudad de Neiva.

El proyecto está enfocado a establecer la política y planificación de los sistemas en forma integrada, la cual será la base para la implementación y servirá como guía facilitando el proceso a la hora de implementarlo.

Marco teórico

Sistema de Gestión

Se entiende por Sistema de Gestión, la interrelación de un conjunto de actividades de forma sistémica para lograr un objetivo. Un sistema de gestión implementado en una organización permite y facilita el desarrollo eficiente de los procesos y procedimiento enfocándose a alcanzar el objetivo organizacional y reduciendo costos.

Sistema de Gestión Integrada

Es la manera en que las organizaciones se enfocan en gestionar integradamente las variables de su interés con el objetivo de organizar la empresa, cumplir la misión, visión y objetivos, seguir las políticas gubernamentales, y así brindar un mejor servicio a las partes interesadas.

Se puede decir que desde un solo faro se puede supervisar, procedimientos, documentación y proveedores para mejorar su gestión y el servicio al cliente.

El SIG como proceso unificador es la mejor solución de administración para las empresas que han implementado uno o más sistemas y que tiene la necesidad de controlar y actuar sobre los requisitos externos e internos mencionados.

Sistema de Gestión de la Calidad

Un Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) no es más que una serie de actividades coordinadas que se llevan a cabo sobre un conjunto de elementos para lograr la calidad de los productos o servicios que se ofrecen al cliente, es decir, es planear, controlar y mejorar aquellos elementos de una organización que influyen en el cumplimiento de los requisitos del cliente y en el logro de la satisfacción del mismo (Mateo, 2010, Gestiopolis).

Norma ISO 9001:2015

La norma ISO 9001:2015 especifica los requisitos que una empresa debe cumplir a la hora de certificarse demostrando la capacidad para proporcionar regularmente productos y servicios que satisfagan los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables. Su capacidad de satisfacer al cliente, cumplir con los reglamentos o leyes aplicables. (Icontec, NTC ISO 9001 – 2015; pág. i).

En la actualización de la norma versión 2015, se emplea el enfoque a procesos, el ciclo PHVA, incorpora el pensamiento basados en riesgos, además se modifican los principios de la calidad.

El enfoque por procesos le permite a la organización como planificar sus procesos y cómo interactúan estos mismos.

El ciclo PHVA se aplica a todos los procesos de la organización para que se gestionen los recursos adecuadamente y se determinen oportunidades de mejora.

El pensamiento basado en riesgos permite que la organización determine los factores que dan lugar a riesgos u oportunidades en los resultados de sus procesos.

Los principios de la Gestión de la Calidad son:

Enfoque al cliente

Liderazgo

Compromiso de las personas

Enfoque a procesos

Mejora

Toma de decisiones basada en la evidencia

Gestión de las relaciones. (Icontec, NTC ISO 9001 – 2015; pág. ii).

Los requisitos de esta norma se pueden aplicar a cualquier tipo de organización independientemente de su tamaño y actividad económica.

Sistema de Gestión de la seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST).

Consiste en el desarrollo de un proceso lógico y por etapas, basado en la mejora continua y que incluye la política, la organización, la planificación, la aplicación, la evaluación, la auditoria y las acciones de mejora con el objetivo de anticipar, reconocer, evaluar y controlar los riesgos que puedan afectar la seguridad y salud en el trabajo (Decreto 1072, 2015, pág. 78).

Decreto 1072/2015, Libro 2 Parte 2 Título 4 Capítulo 6 Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo. Artículo 2.2.4.6.1. Objeto y campo de aplicación. Tiene por objeto definir las directrices de obligatorio cumplimiento para implementar el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo (SG-SST), que deben ser aplicadas por todos los empleadores públicos y privados, los contratantes de personal bajo modalidad de contrato civil, comercial o administrativo, las organizaciones de economía solidaria y del sector cooperativo, las empresas de servicios temporales y tener cobertura sobre los trabajadores dependientes, contratistas, trabajadores cooperados y los trabajadores en misión. (Decreto 1072, 2015; pág. 74)

Metodología PHVA

Conocido también como El ciclo de Deming (de Edwards Deming), es un modelo de mejora continua en cuatro pasos, como se muestra en la figura 1:

Planificar: establecer los objetivos del sistema y sus procesos, y los recursos necesarios para generar y proporcionar resultados de acuerdo con los requisitos del cliente y las políticas de la organización, e identificar y abordar los riesgos y las oportunidades.

Hacer: implementar lo planificado.

Verificar: realizar el seguimiento y (cuando sea aplicable) la medición de los procesos y los productos y servicios resultantes respecto a las políticas, los objetivos, los requisitos y las actividades planificadas, e informar sobre resultados.

Actuar: tomar acciones para mejorar el desempeño, cuando sea necesario. (Icontec, NTC ISO 9001 – 2015; pág. iv).

Figura 1. Estructura del ciclo PHVA. Fuente: https://www.google.com.co/search?q=ciclo+deming Tomado el 29 de Julio de 2016.

Empresa Objeto de Estudio

Generalidades

Tabla 1. Generalidades de la empresa

Razón Social	**Centro Empresarial en Salud "Cesalud S.A"**
NIT	900.263.146-1
Dirección	Calle 7ª No 11-01
Ciudad	Neiva
Departamento	Huila
Representante Legal	Danny Quintero de Perdomo
Actividad	Sociedad Anónima en la prestación de servicios de capacitación en el campo de la Salud y servicios inherentes.
Teléfono	72 29 06
Objeto Social	Prestar servicios de Educación Formal y Educación para el trabajo y el Desarrollo Humano e informal para la capacitación del recurso humano en las áreas de las ciencias sociales y

	humanas, desarrollando proyectos de investigación social y humana, realizando convenios institucionales e intersectoriales relacionaos con el área social y humano, con participación de personal altamente capacitado.

Fuente: Cesalud S.A

Reseña Histórica

Cesalud, creado el 4 de Noviembre de 1994 obtiene mediante acuerdos 008 y 013 de 1995 del Ministerio de Salud el aval de los programas de formación y la autorización de funcionamiento de la Gobernación del Huila con el Instituto de Educación en Salud mediante resolución Nº 838 y 1477 de 1995 iniciando labores con los Programas Auxiliares de Enfermería, Promotores de Salud, Auxiliar de Consultorio Odontológico y Laboratorio Clínico. Como entidad del área de la Salud de origen privado formado por 7 profesionales de la salud. Es renovada la resolución de funcionamiento de todos los programas mediante resolución 002038 de 2002.

La modernización del sector salud contemplada en la Constitución Nacional entra en una etapa de cambios donde la oferta de los servicios de salud requieren de atención humanizada, optima y de calidad: igualmente la ley 10 de 1990 y ley 100 de 1993 establecen la calificación del personal y su acreditación para ofrecer servicios con calidad total, en esta medida las instituciones deberán acreditar la capacidad técnica y científica del personal de salud a contratar.

La nueva reglamentación de la educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano, el decreto 3616 de 2005 y acuerdos 65 y 67 de 2006 da herramientas a las instituciones de Educación para proyectar los perfiles ocupacionales y normas de competencia laboral para Técnicos laborales (ley 1064 de 2006) Auxiliares en las áreas de la Salud al cual se está dando cumplimiento con la actualización de los programas de Formación en Cesalud.

Mediante acuerdo 035 y 054 de 2008 del Ministerio de Protección Social autoriza para que se oferten los programas por competencias laborales como TECNICOS EN AUXILIAR EN

ENFERMERIA, AUXILIAR EN SALUD ORAL, AUXILIAR EN SERVICIOS FARMACEUTICOS, AUXILIAR ADMNISTRATIVO EN SALUD, AUXILIAR EN SALUD PUBLICA, y con el acuerdo 00100 de 5 de julio de 2012 el programa de TECNICO EN COSMETOLOLGIA Y ESTETICA INTEGRAL, programas registrados en la secretaria de educación y renovada la licencia de funcionamiento mediante la resolución 0385 de 2011.

Cesalud cuenta con sus sedes de extensión del Centro de Educación para el Trabajo y el desarrollo humano en Garzón con Licencia de Funcionamiento 0153 DE 2011 DE LA GOBERNACION DEL Huila y Pitalito resolución 130 del 2011 de la Alcaldía de Pitalito.

Misión

Cesalud, Es una institución de carácter educativo, que oferta formación integral técnica en competencias laborales y educación informal en las áreas de la salud, ciencias sociales y humanas, alineando sus egresados con principios éticos, críticos, creativos, innovadores, que asuman responsabilidad en la sociedad con transparencia, conocimiento de respeto por los seres humanos y sus derechos, contribuyendo al bien común y al desarrollo social, cultural, empresarial y científico en el contexto regional y nacional.

Ejecución de la misión: El Proyecto Educativo Institucional PEI es el instrumento de referencia mediante el cual se hace posible la ejecución efectiva de la Misión, y orienta el quehacer cotidiano de la Institución.

Visión

En el año 2020 el centro de educación para el trabajo y el desarrollo humano “Cesalud” será pionero en la formación del talento humano en las áreas de salud, ciencias sociales y humanas por competencias laborales con reconocimiento a nivel regional, nacional e internacional promoviendo la atención con alta calidad humana y ética.

Servicios y Productos

Descripción de los programas

CESALUD ofrece la capacitación de Técnico Auxiliar en las áreas de la Salud, Ciencias Sociales y Humanas en diferentes modalidades así:

1. Técnico Auxiliar en Enfermería: Persona capacitada para realizar actividades básicas de salud, orientada a la atención integral del individuo, familia y comunidad en los aspectos de promoción, prevención y rehabilitación en el ambiente comunitario y hospitalario bajo la supervisión de un profesional de salud en los diferentes niveles de complejidad del sistema general de seguridad social en salud (S.G.S.S).capacitada en tres ciclos teórico práctico, intensidad 1800 horas.

2. Formación de Técnico Auxiliar en Servicios Farmacéuticos: Personal capacitado en la promoción de servicios de salud de su localidad y en la dispensación de medicamentos y elementos con base en las disposiciones legales de las farmacias como también en la adquisición y control de insumos y en funciones administrativas de la farmacia. Intensidad horaria 1.600 horas.

3. Formación de Técnico Auxiliar en Salud Oral: Capacitada para realizar promoción y prevención individual y colectiva al profesional en funciones de diagnóstico y tratamiento odontológico realizar fluorización y sellantes bajo la supervisión del profesional de odontología. Intensidad horaria 1600 horas teórico- prácticas.

4. Formación Técnico Auxiliar Administrativo en Salud: Persona en que trabaja o desea trabajar en el sector salud que hacen admisión, facturación y orientación a los usuarios en la prestación de los servicios de salud tanto en IPS públicos como privado. 1600 horas teórico practico

5. Técnico Auxiliar en Salud Publica: Persona capacitada para realizar acciones de promoción y prevención de la enfermedad orientando y fomentando en el individuo y la comunidad la adquisición de hábitos saludables y la educación acerca de los deberes y derechos frente a la participación social y organizando nodos en la solución de necesidades de salud colectiva aplicando los protocolos de vigilancia en salud pública.1600 horas teórico - práctico.

6. Técnico en Cosmetología y Estética Integral: Personas capacitada para embellecer la imagen de un usuario personalizado tratamientos estéticos faciales y corporales exclusivamente de naturaleza no cruenta, ni invasiva bajo las condiciones éticas y de calidad descrita en la normatividad legal y de casualidad vigente, igualmente se capacita para brindar cuidados cosmetológicos a usuarios con tratamientos de cirugía y/o medicina estética según prescripción del médico tratante y principios éticos, intensidad horaria 1100 horas teórico practico.

7. Educación continuada (Educación Informal) para Auxiliares en Enfermería Atención de Enfermería en Cuidados Intensivos, Atención de Enfermería en Urgencias., Unidad Renal, PAI, Auxiliares en salud oral en ortodoncia, Auxiliares en Servicios farmacéuticos Manejo de productos Fisioterapéuticos.

Organigrama

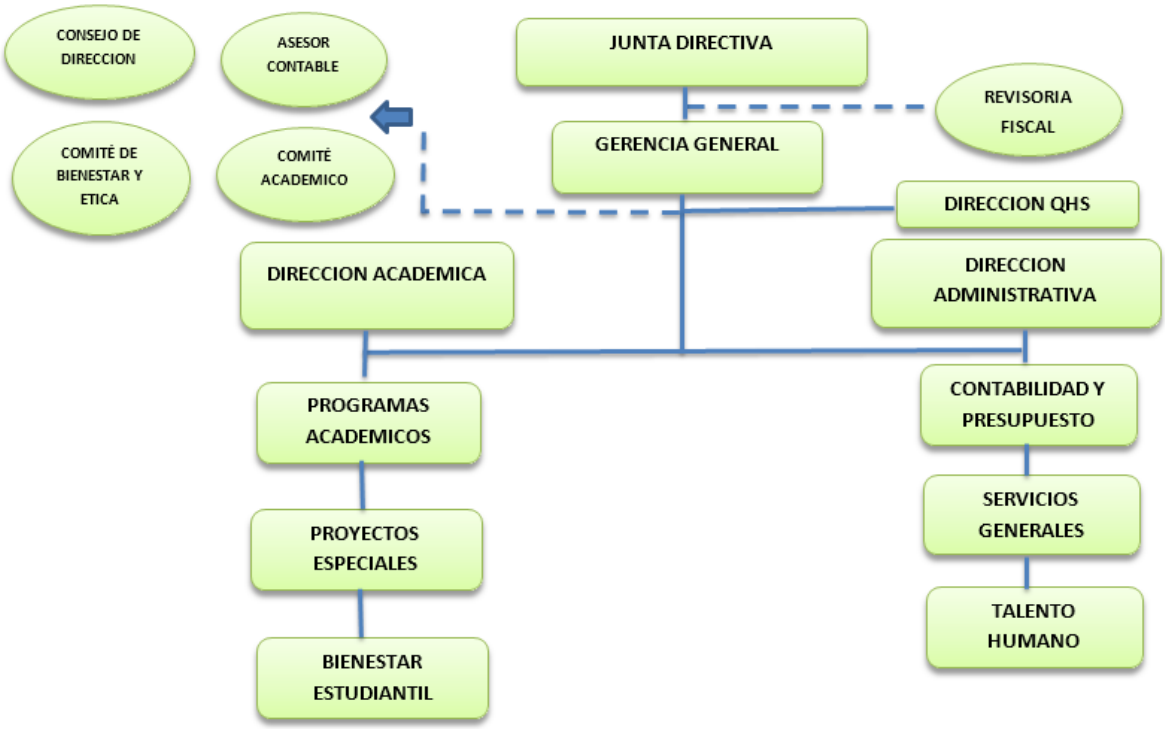


Figura 2. Organigrama. Fuente: Cesalud S. A.

Diagnóstico Inicial de la Empresa ante los Sistemas de Gestión

Diagnóstico de la empresa ante la Norma ISO 9001:2015. Para poder determinar el estado actual de la empresa respecto a la norma ISO 9001:2015 se realizó una lista de chequeo de la norma, en donde se señala cada numeral tratado en la norma, el cumplimiento en el que se encuentra y observaciones que se realizan.

En el resultado que arrojo la lista de chequeo con respecto a la calidad se observa el sistema en una fase incipiente, donde se realizan algunas actividades pertinentes al sistema pero no se encuentran documentadas, pese a que no se tiene conocimiento de los Sistemas de Gestión de Calidad. Ver Tabla 2, Lista de Chequeo de Calidad.

Tabla 2 Lista de chequeo requisitos Calidad

LISTA DE CHEQUEO NORMA ISO 9001:2015				
Numeral	**Requisitos**	**Cumplimiento**		**Observaciones**
		Si	**No**	
4	Contexto de la organización			
4.1	Comprensión de la organización y de su contexto	X		La organización conoce el contexto en el que se desarrolla se puede evidenciar en el Proyecto Educativo Institucional (PEI)
4.2	Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas	X		
4.3	Determinación del alcance del Sistema de Gestión de Calidad		X	

4.4	Sistema de Gestión de la Calidad y sus procesos		X	
5	Liderazgo			
5.1	Liderazgo y compromiso		X	
5.1.1	Generalidades		X	
5.1.2	Enfoque al cliente		X	
5.2	Política de calidad	X		Se cuenta con la política de calidad como parte de la Planeación Estratégica de la institución.
5.2.1	Establecimiento de la política de calidad	X		
5.2.2	Comunicación de la política de calidad		X	
5.3	Roles, responsabilidades y autoridades en la organización	X		Asignación en el Manual de Funciones
6	Planificación			
6.1	Acciones para abordar riesgos y oportunidades		X	
6.2	Objetivos de calidad	X		Se cuenta con los objetivos de calidad como parte de la Planeación Estratégica de la institución.
6.3	Planificación de los cambios		x	
7	Apoyo			
7.1	Recursos		X	
7.1.1	Generalidades		X	
7.1.2	Personas		X	

7.1.3	Infraestructura		X	
7.1.4	Ambiente para la operación de los procesos		X	
7.1.5	Recursos de seguimiento y medición		X	
7.1.5.1	Generalidades		X	
7.1.5.2	Trazabilidad y mediciones		X	
7.1.6	Conocimientos de la organización		X	
7.2	Competencia		X	
7.3	Toma de conciencia		X	
7.4	Comunicación		X	
7.5	Información documentada		X	
7.5.1	Generalidades		X	
7.5.2	Creación y actualización		X	
7.5.3	Control de la información documentada		X	
8	Operación			
8.1	Planificación y control operacional		X	
8.2	Requisitos para los productos y servicios		X	
8.2.1	Comunicación con el cliente		X	

8.2.2	Determinación de los requisitos para los productos y servicios		X	
8.2.3	Revisión de los requisitos para los productos y servicios		X	
8.2.4	Cambios en los requisitos para los productos		X	
8.3	Diseño y desarrollo de los productos y servicios		X	
8.3.1	Generalidades		X	
8.3.2	Planificación del diseño y desarrollo		X	
8.3.3	Entradas para el diseño y desarrollo		X	
8.3.4	Controles de diseño y desarrollo		X	
8.3.5	Salidas de diseño y desarrollo		X	
8.3.6	Cambios del diseño y desarrollo		X	
8.4	Control de los procesos, productos y servicios suministrados externamente		X	
8.4.1	Generalidades		X	
8.4.2	Tipo y alcance de control		X	
8.4.3	Información para los proveedores externos		X	
8.5	Producción y provisión		X	

	del servicio			
8.5.1	Control de la producción y provisión del servicio		X	
8.5.2	Identificación y trazabilidad		X	
8.5.3	Propiedad perteneciente a los clientes o proveedores externos		X	
8.5.4	Preservación		X	
8.5.5	Actividades posteriores a la entrega		X	
8.5.6	Control de los cambios		X	
8.6	Liberación de los productos y servicios		X	
8.7	Control de las salidas no conformes		X	
9	Evaluación del desempeño			
9.1	Seguimiento, medición, análisis y evaluación		X	
9.1.1	Generalidades		X	
9.1.2	Satisfacción al cliente		X	
9.1.3	Análisis y evaluación		X	
9.2	Auditoria interna		X	
9.3	Revisión por la dirección		X	
9.3.1	Generalidades		X	
9.3.2	Entradas de la revisión por la dirección		X	

9.3.3	Salidas de la revisión por la dirección		X	
10	Mejora			Se determinan oportunidades de mejora, toma de acciones correctivas y de mejora dentro de la Planeación Estratégica de la institución.
10.1	Generalidades	X		
10.2	No conformidad y acciones correctivas	X		
10.3	Mejora continua	X		

Fuente: autora.

Diagnóstico de la empresa ante el Decreto 1072/2015; Libro 2 Parte 2 Título 4to Capítulo 6 Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo. Para poder determinar la situación actual de la empresa frente al decreto se realizó una lista de chequeo del decreto donde nos muestra el cumplimiento de cada uno de los artículos.

De acuerdo a la evaluación inicial de cumplimiento de los artículos del decreto nos arrojó como resultado que pese a que se tiene una planeación inicial del sistema hay que ajustar la matriz de riesgos y peligros, identificar los requisitos legales, construir los indicadores de gestión del sistema, construcción de programas y procedimientos, se puede decir que el sistema se encuentra en un 40% de su planeación. Lista de Chequeo SG-SST (Ver tabla No. 3)

Tabla 3. Lista de Chequeo SG-SST

LISTA DE CHEQUEO DECRETO 1072; 2015 SG-SST				
Articulo	**Requisitos**	**Cumplimiento**		**Observaciones**
		Si	**No**	
2.2.4.6.5	Política de seguridad y salud en el trabajo	X		Si existe la política
2.2.4.6.7	Objetivos de la política de seguridad y salud en el trabajo	X		Si existe objetivos de la política

2.2.4.6.8	Obligaciones de los empleadores		X	
2.2.4.6.9	Obligaciones de las administradoras de riesgos laborales		X	
2.2.4.6.10	Responsabilidades de los trabajadores	X		Se identifican roles y responsabilidades
2.2.4.6.11	Capacitación en seguridad y salud ocupacional		X	
2.2.4.6.12	Documentación	X		Existe un documento del sistema de gestión inicial
2.2.4.6.13	Conservación de los documentos		X	
2.2.4.6.14	Comunicación		X	
2.2.4.6.15	Identificación de peligros, evaluación y valoración de riesgos	X		Existe la Matriz riesgos y peligros
2.2.4.6.16	Evaluación inicial de SG-SST		X	
2.2.4.6.17	Planificación del SG-SST	X		Existe un documento del sistema de gestión inicial
2.2.4.6.18	Objetivos del SG-SST	X		Si existe Objetivos del Sistema
2.2.4.6.19	Indicadores del SG-SST		X	
2.2.4.6.20	Indicadores que evalúan la estructura del SG-SST		X	
2.2.4.6.21	Indicadores que evalúan el proceso del SG-SST		X	
2.2.4.6.22	Indicadores que evalúan el resultado del SG-SST		X	

2.2.4.6.23	Gestión de los peligros y riesgos		X	
2.2.4.6.24	Medidas de prevención y control		X	
2.2.4.6.25	Prevención, preparación y respuesta ante emergencias	X		Si existe el Plan de Emergencias
2.2.4.6.26	Gestión del cambio		X	
2.2.4.6.27	Adquisiciones		X	
2.2.4.6.28	Contratación		X	
2.2.4.6.29	Auditoria de cumplimiento del SG-SST		X	
2.2.4.6.30	Alcance de la auditoria del SG-SST		X	
2.2.4.6.31	Revisión por la alta dirección		X	
2.2.4.6.32	Investigación de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales		X	
2.2.4.6.33	Acciones preventivas y correctivas		X	
2.2.4.6.34	Mejora continua		X	
2.2.4.6.35	Capacitación obligatoria		X	

Fuente: autora.

Análisis Dofa. DOFA es la sigla para las palabras que componen el concepto: debilidades, oportunidades, fortalezas y oportunidades, es una herramienta de la planeación

estratégica utilizada para la formulación y evaluación de estrategias, ayuda a determinar si la organización está capacitada para desempeñarse en su medio. Análisis DOFA (ver tabla No. 4)

Tabla 4. Análisis Dofa

OPORTUNIDADES	AMENAZAS
Enumerar oportunidades	**Enumerar amenazas**
FORTALEZAS	DEBILIDADES
Enumerar fortalezas claves	**Enumerar debilidades**

Fuente: autora.

A partir de la información recolectada a continuación se desarrolla la Matriz DOFA de Cesalud S.A. (ver Tabla 5).

Tabla 5. Matriz Análisis DOFA Cesalud S.A

	OPORTUNIDADES	**AMENAZAS**
ANALISIS DOFA	1. Convenios de prácticas formativas con otras instituciones. 2. Desarrollo del proceso aprendizaje teórico-práctico con calidad. 3. Actitud del entorno (aceptación de la institución, apoyo de la comunidad. **4.** Oferta laboral**.**	1. Deserción estudiantil. 2. Situación económica del estudiante. 3. Estado de la seguridad pública del entorno donde está ubicada la institución. 4. Cambio en las condiciones y políticas del Ministerio de Educación y del Ministerio de Salud. 5. Uso de tecnologías. **6.** Condiciones climáticas.
FORTALEZAS	**ESTRATEGIA FO**	**ESTRATEGIA FA**
1. Preparación académica del personal docente. 2. Currículos o planes de estudio. 3. Cumplimiento de reglamentos	• Consolidar oferta educativa. • Apertura convenios de prácticas formativas con otras instituciones. • Mantener el nivel de	• Diseño de estrategias para promover la imagen de la institución. • Iniciar capacitación del personal en el uso de

estudiantiles. 4. Condiciones generales de infraestructura (aulas de clase, oficinas administrativas etc.). 5. Ambiente laboral. 6. Liderazgo organizacional.	calidad en los currículos y planes de estudio. • Mantener relaciones con empresas para llegar a ofertas laborales para los egresados.	tecnologías. • Mantener una metodología en cuanto a la actualización de la normatividad legal que aplica a la institución. • Diseño de planes de contingencias.
DEBILIDADES	**ESTRATEGIA DO**	**ESTRATEGIA DA**
1. Preparación profesional del personal administrativo. 2. Mecanismos de comunicación en la institución. 3. Carencia de compromiso académico por parte de los estudiantes. 4. Actividades extracurriculares organizadas por la institución. **5.** Impacto del trabajo social tiene con la comunidad**.**	• Crear incentivos de superación al personal. • Crear mecanismos de comunicación a todos las partes interesadas. • Diseñar programas, proyectos de interacción del estudiante con la comunidad. • Crear programa de motivación al estudiante a los programas de formación.	• Diseñar un programa de orientación vocacional y de apoyo financiero. • Revisión del modelo educativo y modelo de gestión de acuerdo a las necesidades. • Diseñar medidas de retención de alumnos**.**

Fuente: autora.

Requisitos normativos en calidad y seguridad y salud en el trabajo

A continuación se identifican los requerimientos normativos que se utilizaron como referencia para el diseño del Sistema de Gestión Integrado.

- CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN

Primer aspecto: comprensión de la organización y de su contexto

La organización debe determinar aspectos internos y externos que son pertinentes para su propósito y que afectan a su capacidad para lograr los resultados previstos en su Sistema de Gestión Integrado. Los aspectos incluyen factores positivos o negativos del entorno que deben considerarse para el funcionamiento de los sistemas.

- COMPRENSIÓN DE LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LAS PARTES INTERESADAS

La organización debe determinar y realizar el seguimiento y la revisión de:

a. Las partes interesadas que intervienen en el Sistema de Gestión Integrado.

b. Las necesidades y expectativas pertinentes (requisitos) de estas partes interesadas.

c. Cuáles de estas necesidades y expectativas se convierten en requisitos legales y otros requisitos.

- DETERMINACION DEL ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO

La organización debe determinar los límites y la aplicabilidad del Sistema de Gestión Integrado para establecer su alcance.

Cuando se determina este alcance, la organización debe considerar: a) los aspectos internos y externos identificados en el contexto de la organización; b) los requisitos de las partes interesadas; y c) los requisitos de los productos y servicios de la organización.

El alcance del sistema se debe mantener la información documentada y debe estar disponible para las partes interesadas.

- SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO

La organización debe establecer, implementar, mantener y mejorar continuamente el Sistema de Gestión Integral, que incluya los procesos necesarios y sus interacciones, de

acuerdo con los requisitos de la norma de calidad y el decreto de 1072:2015 en el apartado 2.2.4.6

La organización debe mantener, controlar y conservar la información documentada para tener la confianza de que se está realizando lo planificado.

- LIDERAZGO

Liderazgo y compromiso

El Sistema de Gestión Integral debe ser liderado por la alta dirección, demostrando el cumplimiento de los requisitos y medidas en materia de calidad, salud y seguridad ocupacional.

El Sistema de Gestión Integrado debe demostrar compromiso:

1. Asumiendo la responsabilidad y la rendición de cuentas con relación a la eficacia del Sistema de Gestión Integrado.

2. Asegurándose que se establezca la política integral y objetivos propios del sistema, y que estos sean compatibles con la dirección estratégica y el contexto de la organización

3. Asegurándose de la integración de los requisitos del Sistema de Gestión Integrado en los procesos de negocio de la organización.

4. Utilización del enfoque a procesos y el pensamiento basado en riesgos.

5. Asegurándose de que los recursos e información necesarios para la operación y seguimiento del Sistema de Gestión Integrado estén disponibles.

6. Comunicando la importancia de una gestión de Calidad, y de seguridad y salud en el trabajo eficaz y conforme con los requisitos del Sistema de Gestión Integrado.

7. Asegurándose de que el Sistema de Gestión Integral logre los resultados planificados.

8. Dirigiendo y apoyando a las personas, para contribuir a la eficacia del Sistema de Gestión Integrado.

9. Promoviendo la mejora continua.

10. Apoyando los roles pertinentes de la dirección, para demostrar su liderazgo en la forma en que aplique a sus áreas de responsabilidad.

11. Llevando a cabo las revisiones por la dirección que alimenten el proceso de mejora continua del Sistema de Gestión.

- POLÍTICA INTEGRAL

La alta dirección debe establecer, implementar y mantener una política integral que:

1. Sea apropiada al propósito, tamaño y contexto de la organización, alineados con los requerimientos de calidad, de seguridad y salud en el trabajo.

2. Sea un marco de referencia para el establecimiento de los objetivos del sistema.

3. Establezca el compromiso de cumplir los requisitos del sistema.

4. Establezca el compromiso de la prevención de accidentes de trabajo y enfermedades laborales.

5. Establezca el compromiso de cumplir con los requisitos legales y otros requisitos.

6. Establezca compromiso de mejora continua del Sistema de Gestión Integrado para el desempeño del sistema.

7. Establezca el compromiso de la satisfacción de las necesidades y expectativas (requisitos) de las partes interesadas.

La política integral debe: a) mantenerse como información documentada; b) debe ser difundida a todos los niveles de la organización y partes interesadas; y c) debe ser revisada

como una vez al año y actualizarse de acuerdo a los cambios en la normatividad legal y de la organización que sean relevantes.

- OBJETIVOS DE LA POLITICA INTEGRAL

La Política integral de la organización debe incluir como mínimo los siguientes objetivos sobre los cuales la organización expresa su compromiso de:

1. Identificar los peligros, evaluar y valorar los riesgos y establecer los respectivos controles a los que están expuestos las partes interesadas, de la mano con el cumplimiento de los requisitos del cliente.

2. Proteger la seguridad y salud de todos los trabajadores, mediante la mejora continua del Sistema de Gestión Integrado.

3. Cumplir la normatividad legal nacional vigente y otros requisitos que apliquen a la organización en materia de riesgos laborales y de calidad.

Primer aspecto en los objetivos de la política integral: roles, responsabilidades y autoridades en la organización.

La alta dirección debe asegurarse que las responsabilidades y autoridades para los roles pertinentes al sistema se asignen y comuniquen dentro de la organización.

La alta dirección debe asignar la responsabilidad y autoridad para:

1. Asegurarse que el Sistema de Gestión Integrado sea conforme con los requisitos de las Normas ISO 9001:2015, y el DECRETO 1072 DE 2015 en el apartado 2.2.4.6.

2. Informar a la alta dirección el desempeño del Sistema de Gestión Integrado, incluyendo su desempeño en la gestión de calidad y Seguridad y Salud en el Trabajo

3. Asignar, documentar y comunicar las responsabilidades específicas en Calidad y Seguridad y Salud en el Trabajo a todos los niveles de la organización.

4. Promover la participación y toma de conciencia de los trabajadores y/o contratistas en lo que concierne a los requisitos del cliente y a los aspectos de Seguridad y Salud en el trabajo.

- PLANIFICACIÓN

En la planificación se debe tener en cuenta, en primer lugar: las Acciones para abordar riesgos y oportunidades.

Generalidades.

Al planificar el Sistema de Gestión Integral, la organización debe considerar:

1. Las cuestiones referidas en la comprensión de la organización y su contexto.

2. Los requisitos referidos en la comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas (requisitos).

3. Determinar los riesgos y oportunidades operacionales, riesgos y oportunidades relacionadas con la identificación de peligros, valoración de riesgos y determinación de controles; prevención de accidentes de trabajo y enfermedades laborales.

4. Requisitos legales y otros aplicables a la organización.

Que necesitan abordarse para: a) el Sistema de Gestión Integral puede lograr sus resultados previstos y deseables; b) prevenir o reducir los efectos no deseados; y c) lograr la mejora continua.

Cuando se determinen la necesidad de cambios en el Sistema de Gestión Integrado, la organización debe considerar: a) el propósito de los cambios y sus consecuencias; b) la integridad del Sistema de Gestión Integrado; c) disponibilidad de recursos; y d) asignación y reasignación de responsabilidades.

La organización debe mantener la información documentada de sus: a) riesgos y oportunidades, y b) procesos necesarios identificados en la gestión de sus riesgos y oportunidades.

El segundo aspecto que se debe tener en cuenta en la planificación es la Identificación de peligros, valoración de riesgos y determinación de controles

La organización debe establecer, implementar y mantener el procedimiento necesario para la continua identificación de peligros, valoración de riesgos y la determinación de los controles necesarios.

El procedimiento para la identificación de peligros y la valoración del riesgo debe tener en cuenta los siguientes aspectos:

1. Actividades rutinarias y no rutinarias.

2. Actividades de todas las áreas de trabajo de la organización incluyendo actividades de las maquinarias y equipo.

3. Comportamiento, aptitudes de los trabajadores.

4. Los peligros generados por el entorno.

5. Cambios realizados en las actividades de la organización.

6. Cambios realizados en la normatividad legal relacionada con la identificación de peligros valoración de riesgo y determinación de controles.

7. Modificaciones al Sistema de Gestión Integrado.

8. La identificación de peligros y evaluación de los riesgos debe ser desarrollada por el empleador y debe estar documentada y actualizada como mínimo de manera anual. También se debe actualizar cada vez que ocurra un accidente de trabajo mortal o un evento catastrófico en la organización o cuando se presenten cambios en los procesos, en las instalaciones en la maquinaria o en los equipos.

9. De acuerdo con la naturaleza de los peligros, la priorización realizada y la actividad económica de la organización, se deberán utilizar metodologías adicionales para complementar la evaluación de los riesgos en seguridad y salud en el trabajo ante peligros de origen físicos,

ergonómicos o biomecánicos, biológicos, químicos, de seguridad. público, psicosociales, entre otros. Cuando en el proceso productivo, se involucren agentes potencialmente cancerígenos, deberán ser considerados como prioritarios, independiente de su dosis y nivel de exposición.

10. El empleador debe adoptar una metodología para la identificación, prevención, evaluación, valoración y control de peligros y riesgos en la organización.

11. Las medidas de prevención y controles deben realizasen con base en el siguiente esquema de jerarquización:

- ✓ Eliminación del peligro/riesgo: Son medidas que se toman para suprimir el peligro/riesgo.
- ✓ Sustitución: Son medidas que se toma a fin de remplazar un peligro por otro que no genere riesgo o que genere menos riesgo.
- ✓ Controles de Ingeniería: Son medidas técnicas para el control del peligro/riesgo en su origen (fuente) o en el medio, tales como el confinamiento (encerramiento) de un peligro o un proceso de trabajo, aislamiento de un proceso peligroso o del trabajador y la ventilación (general y localizada), entre otros.
- ✓ Controles Administrativos: Son medidas que tienen como fin reducir el tiempo de exposición al peligro, tales como la rotación de personal, cambios en la duración o tipo de la jornada de trabajo. Incluyen también la señalización.
- ✓ Equipos y Elementos de Protección Personal y Colectivo: Son medidas basadas en el uso de dispositivos, accesorios y vestimentas por parte de los trabajadores, con el fin de protegerlos contra posibles daños a su salud o su integridad física derivados de la exposición a los peligros en el lugar de trabajo. La organización debe suministrar elementos y equipos de protección personal (EPP) que cumplan con las disposiciones legales vigentes. Los EPP deben usarse de manera complementaria a las anteriores medidas de control y nunca de manera aislada, y de acuerdo con la identificación de peligros y evaluación y valoración de los

riesgos.

12. En la Gestión del Cambio la organización debe identificar los peligros y los riesgos, valoración y determinación de controles del Sistema de Gestión Integrado relacionados con cambios en la organización y debe informar y capacitar a los trabajadores de dichos cambios.

Tercer aspecto a tener en cuenta en la planificación: Evaluación inicial del Sistema de Gestión Integrado.

La organización deberá realizar una evaluación inicial con el fin de identificar las prioridades en seguridad y salud en el trabajo para establecer el plan de trabajo anual o para la actualización del existente. Esta autoevaluación debe ser realizada por personal idóneo y debe incluir:

1. La identificación de la normatividad legal vigente aplicables en materia de riesgos laborales.

2. La verificación de la identificación de los peligros, evaluación y valoración de los riesgos, la cual debe ser anual. En la identificación de peligros debe contemplar los cambios de procesos, instalaciones, equipos, maquinarias, entre otros.

3. La identificación de las amenazas y evaluación de la vulnerabilidad de la organización; la cual debe ser anual.

4. La evaluación de la efectividad de las medidas implementadas, para controlar los peligros, riesgos y amenazas, que incluya los reportes de los trabajadores; la cual debe ser anual.

5. El cumplimiento del programa de capacitación anual, establecido por la organización, incluyendo la inducción y re inducción para los trabajadores dependientes, cooperados, en misión y contratistas;

6. La evaluación de los puestos de trabajo en el marco de los programas de vigilancia epidemiológica de la salud de los trabajadores;

7. La descripción sociodemográfica de los trabajadores y la caracterización de sus condiciones

de salud, así como la evaluación y análisis de las estadísticas sobre la enfermedad y la accidentalidad.

8. Registro y seguimiento a los resultados de los indicadores definidos relacionados con la seguridad y salud en trabajo de la organización del año inmediatamente anterior.

Un cuarto aspecto: requisitos legales y de otra índole.

La organización debe: a) determinar los requisitos legales y otros requisitos que se aplican en la organización; y b) tener en cuenta todos requisitos legales y otros requisitos cuando se establezca, implemente el Sistema de Gestión Integral.

La organización debe mantener información documentada y de sus requisitos legales y de otra índole.

Quinto aspecto en la planificación: Objetivos del Sistema de Gestión Integrado y planificación para lograrlos.

Objetivos del Sistema de Gestión Integrado.

La organización debe establecer objetivos del Sistema de Gestión Integral para las funciones y niveles pertinentes.

Los objetivos del Sistema de Gestión Integral deben: a) ser coherente con la política integral establecida por la organización; b) ser claros y medibles; c) ser adecuados para las características de la organización (tamaño y la actividad económica); d) ser pertinentes a los requisitos de las partes interesadas; e) cumplir con los requisitos legales y otros; f) estar documentados y ser comunicados a toda la organización; y g) ser revisados y evaluados periódicamente y actualizados de ser necesario.

Sexto aspecto: Planificación para lograr los objetivos del Sistema de Gestión Integrado

Al planificar como lograr cada uno de los objetivos del Sistema de Gestión Integrado la organización debe determinar: a) que se va hacer (actividades); b) que recursos se requerirán;

c) quien será el responsable; d) cuando se realizará (cronograma); y e) como se evalúan los resultados. (indicadores de gestión).

- APOYO

Primer aspecto de Apoyo, es el de Recursos.

La organización debe determinar y proporcionar recursos (humanos, físicos, tecnológicos y financieros) para la implementación, mantenimiento y mejora continua del Sistema de Gestión Integrado.

Segundo aspecto de Apoyo: Competencia.

La organización debe:

1. Determinar la competencia necesaria de las personas que estén bajo su control ejecutando tareas que pueden tener impacto sobre el Sistema de Gestión Integrado, y su capacidad para cumplir requisitos legales y otros requisitos.

2. Asegurarse que estas personas sean competentes, con base en su educación, formación o experiencia apropiada.

3. Cuando sea aplicable tomar acciones para adquirir competencia (formación, tutorías a los trabajadores o contratación de personas competentes).

4. La organización debe mantener documentada la información como evidencia de la competencia.

Tercer aspecto de Apoyo: toma de conciencia.

La organización debe asegurarse de que las personas que realizan el trabajo bajo el control de la organización toman conciencia de:

1. La política del Sistema de Gestión Integrado.

2. Los objetivos Sistema de Gestión Integrado pertinentes.

3. Su contribución a la eficacia del Sistema de Gestión Integral, incluidos los beneficios de una mejora del desempeño.

4. Las implicaciones del incumplimiento de los requisitos legales y otros requisitos del Sistema de Gestión Integrado.

Cuarto aspecto de Apoyo: comunicación.

La comunicación debe determinar las comunicaciones internas y externas pertinentes al Sistema de Gestión Integrado, que incluyan: a) qué comunicar; b) cuándo comunicar; c) a quién comunicar; d) cómo comunicar; y e) quién comunica.

La organización debe disponer de canales que permitan recolectar, ideas, inquietudes y aportes de los empleados acerca de seguridad y salud en el trabajo para que sean atendidas por los responsables de la empresa.

La organización debe tener en cuenta que la información que comunica sea coherente, fácil de entender y esta información debe estar documentada como evidencia de sus comunicaciones.

Quinto aspecto de Apoyo, Información documentada.

Generalidades

El Sistema de Gestión Integrado de la organización debe incluir:

1. la información documentada requerida por la Norma ISO 9001:2015 y Decreto 1072 de 2015 en el apartado 2.2.4.6.

2. la información documentada que la organización determina como necesaria para la eficacia del Sistema de Gestión Integral.

Creación y actualización de la información documentada.

Al crear y actualizar la información documentada, la organización debe asegurarse de que lo siguiente sea apropiado:

1. la identificación y descripción (por ejemplo, título, fecha, autor o número de referencia).

2. el formato (por ejemplo, idioma, versión del software, gráficos) y los medios de soporte (por ejemplo, papel electrónico);

3. la revisión y aprobación con respecto a la conveniencia y adecuación.

Control de la información documentada. La información documentada requerida por el Sistema de Gestión Integrado se debe controlar para asegurarse de que:

1. esté disponible y sea idónea para su uso, dónde y cuándo se necesite.

2. esté protegida adecuadamente (por ejemplo, contra pérdida de la confidencialidad, uso inadecuado, o pérdida de integridad).

Para el control de la información documentada, la organización debe abordar las siguientes actividades, según corresponda: a) distribución, acceso, recuperación y uso; b) almacenamiento y preservación, incluida la preservación de la legibilidad; c) control de cambios (por ejemplo, control de versión); y d) conservación y disposición.

La organización debe tener la disponible y actualizados de los siguientes documentos:

1. La política y los objetivos del Sistema de Gestión Integrado, firmados por la alta gerencia.

2. Las responsabilidades asignadas para la implementación y mejora continua del Sistema de Gestión Integrado.

3. La identificación anual de peligros y evaluación y valoración de los riesgos.

4. El informe de las condiciones de salud, junto con el perfil sociodemográfico de la población trabajadora y según los lineamientos de los programas de vigilancia epidemiológica en concordancia con los riesgos existentes en la organización;

5. El plan de trabajo anual del Sistema de Gestión Integral previsto para la organización,

firmado por la alta gerencia y el responsable Sistema de Gestión Integrado.

6. El programa de capacitación anual del Sistema de Gestión Integrado, así como de su cumplimiento incluyendo los soportes de inducción, re inducción y capacitaciones de los trabajadores dependientes, contratistas, cooperados y en misión.

7. Los procedimientos e instructivos internos.

8. Registros de entrega de equipos y elementos de protección personal;

9. Registro de entrega de los protocolos de seguridad, de las fichas técnicas cuando aplique y demás instructivos internos de seguridad y salud en el trabajo.

10. Los soportes de la convocatoria, elección y conformación del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo y las actas de sus reuniones o la delegación del Vigía de Seguridad y Salud en el Trabajo y los soportes de sus actuaciones.

11. Los reportes y las investigaciones de los incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales de acuerdo con la normatividad vigente.

12. La identificación de las amenazas junto con la evaluación de la vulnerabilidad y sus correspondientes planes de prevención, preparación y respuesta ante emergencias.

13. Los programas de vigilancia epidemiológica de la salud de los trabajadores, incluidos los resultados de las mediciones ambientales y los perfiles de salud arrojados por los monitoreo biológicos, si esto último aplica según priorización de los riesgos. En el caso de contarse con servicios de médico especialista en medicina laboral o del trabajo, según lo establecido en la normatividad vigente, se deberá tener documentado lo anterior y los resultados individuales de los monitoreos biológicos.

14. Formatos de registros de las inspecciones a las instalaciones, maquinas o equipos ejecutadas.

15. La matriz legal actualizada que contemple las normas del Sistema General de Riegos

Laborales que le aplican a la organización; y Evidencias de las gestiones adelantadas para el control de los riesgos prioritarios.

La documentación del Sistema de Gestión Integrado debe estar redactada de manera clara y entendible por las personas que tienen que aplicarla o consultarla y se debe revisar y actualizarse cuando sea necesario.

La conservación puede hacerse de manera controlada garantizando la integridad, evitando el deterioro o pérdida de estos.

Los siguientes documentos y registros, deben ser conservados por un período mínimo de veinte (20) años, contados a partir del momento en que cese la relación laboral del trabajador con la organización:

1. Los resultados de los perfiles epidemiológicos de salud de los trabajadores, así como los conceptos de los exámenes de ingreso, periódicos y de retiro de los trabajadores, en caso que no cuente con los servicios de médico especialista en áreas afines a la seguridad y salud en el trabajo.

2. Cuando la organización cuente con médico especialista en áreas afines a la seguridad y salud en el trabajo los resultados de exámenes de ingreso, periódicos y de egreso, así como los resultados de los exámenes complementarios tales como paraclínicos, pruebas de monitoreo biológico, audiometrías, espirometrías, radiografías de tórax y en general, las que se realicen con el objeto de monitorear los efectos hacia la salud de la exposición a peligros y riesgos; cuya reserva y custodia está a cargo del médico correspondiente.

3. Resultados de mediciones y monitoreo a los ambientes de trabajo, como resultado de los programas de. vigilancia y control de los peligros y riesgos en seguridad y salud en el trabajo.

4. Registros de las actividades de capacitación, formación y entrenamiento en seguridad y salud en el trabajo.

5. Registro del suministro de elementos y equipos de protección personal.

Para los demás documentos y registros, la organización debe elaborar y cumplir con un sistema de archivo o retención documental, según aplique, acorde con la normatividad vigente y las políticas de la organización.

La información documentada de origen externo, que la organización determina como necesaria para la planificación y operación del Sistema de Gestión Integrado se debe identificar, según sea apropiado y controlar.

La información documentada conservada como evidencia debe protegerse contra modificaciones no intencionadas.

- OPERACION

Primer aspecto de Operación a tener en cuenta: Planificación y control operacional (8.1).

La organización debe planificar, implementar y controlar los procesos necesarios para cumplir los requisitos para la provisión de productos y servicios, y para implementar las acciones determinadas; también deberá determinar aquellos peligros que se presentan en las operaciones para gestionar sus controles respectivos y poder darle manejo a los riesgos asociados a la seguridad y salud en el trabajo.

La organización debe implementar y mantener:

1. La determinación de los requisitos de las partes interesadas.

2. Controles a los procesos de la organización.

3. La determinación de los recursos necesarios para lograr la conformidad con los requisitos de las partes interesadas.

4. Los controles relacionados con los proveedores.

5. Los controles relacionados con contratistas y visitantes en el lugar de trabajo;

6. la determinación, el mantenimiento y la conservación de la información documentada en la

extensión necesaria para tener confianza en que los procesos se han llevado a cabo según lo planificado.

La salida de esta planificación debe ser adecuada para las operaciones de la organización.

La organización debe controlar los cambios planificados y revisar las consecuencias de los cambios no previstos, tomando acciones para mitigar cualquier efecto adverso, según sea necesario

Segundo aspecto a tener en cuenta en Operación: Preparación y respuesta ante emergencias (art.2.2.4.6.25 decreto).

La organización debe establecer, implementar y mantener el procedimiento para responder a situaciones de emergencias.

Para ello debe implementar un plan de prevención. Preparación y respuesta ante emergencias que considere como mínimo, los siguientes aspectos:

1. Identificar sistemáticamente todas las amenazas que puedan afectar a la organización.

2. Identificar los recursos disponibles, incluyendo las medidas de prevención y control existentes al interior de la organización para prevención, preparación y respuesta ante emergencias, así como las capacidades existentes en las redes institucionales y de ayuda mutua.

3. Analizar la vulnerabilidad de la organización frente a las amenazas identificadas, considerando las medidas de prevención y control existentes;

4. Valorar y evaluar los riesgos considerando el número de trabajadores expuestos, los bienes y servicios de la organización.

5. Diseñar e implementar los procedimientos para prevenir y controlar las amenazas priorizadas o minimizar el impacto de las no prioritarias.

6. Formular el plan de emergencia para responder ante la inminencia u ocurrencia de eventos

potencialmente desastrosos.

7. Asignar los recursos necesarios para diseñar e implementar los programas, procedimientos o acciones necesarias, para prevenir y controlar las amenazas prioritarias o minimizar el impacto de las no prioritarias.

8. implementar las acciones factibles, para reducir la vulnerabilidad de la organización frente a estas amenazas que incluye entre otros, la definición de planos de instalaciones y rutas de evacuación.

9. Informar, capacitar y entrenar incluyendo a todos los trabajadores, para que estén en capacidad de actuar y proteger su salud e integridad, ante una emergencia real o potencial.

10. Realizar simulacros como mínimo una (1) vez al año con la participación de todos los trabajadores.

11. Conformar, capacitar, entrenar y dotar la brigada de emergencias, acorde con su nivel de riesgo y los recursos disponibles, que incluya la atención de primeros auxilios.

12. Inspeccionar con la periódicamente o al menos 1 vez al año, todos los equipos relacionados con la prevención y atención de emergencias incluyendo sistemas de alerta, señalización y alarma, con el fin de garantizar su disponibilidad y buen funcionamiento.

13. Desarrollar programas o planes de ayuda mutua ante amenazas de interés común, identificando los recursos para la prevención, preparación y respuesta ante emergencias en el entorno de la organización y articulándose con los planes que para el mismo propósito puedan existir en la zona donde se ubica la organización.

De acuerdo con la magnitud de las amenazas y la evaluación de la vulnerabilidad tanto interna como en el entorno y la actividad económica de la organización, la organización puede articularse con las instituciones locales o regionales pertenecientes al Sistema Nacional de Gestión de Riesgos de Desastres en el marco de la Ley 1523 de 2012. (art.2.2.4.6.25 decreto).

Tercer aspecto de Operaciones: requisitos para los productos y servicios (8.2).

Comunicación con las partes interesadas (8.2.1).

La comunicación con las partes interesadas debe incluir:

1. proporcionar la información relativa a los productos y servicios;

2. tratar las consultas, los contratos o los pedidos, incluyendo los cambios;

3. obtener la retroalimentación de las partes interesadas relativa a los productos y servicios, incluyendo las quejas de las partes interesadas;

4. manipular o controlar las propiedades las partes interesadas,

5. establecer los requisitos específicos para las acciones de contingencia, cuando sea pertinente.

Cuarto aspecto de Operaciones: Determinación de los requisitos para los productos y servicios (8.2.2).

Cuando se determinan los requisitos para los productos y servicios que se van a ofrecer a las partes interesadas, la organización debe asegurarse de que:

1. los requisitos para los productos y servicios se definen, incluyendo: a) cualquier requisito legal y reglamentario aplicable; y b) aquellos considerados necesarios por la organización.

2. la organización puede cumplir con las declaraciones acerca de los productos y servicios que ofrece.

Quinto aspecto de Operaciones: Revisión de los requisitos para los productos y servicios (8.2.3)

La organización debe asegurarse de que tiene la capacidad de cumplir los requisitos para los productos y servicios que se van a ofrecer a las partes interesadas. La organización debe llevar a cabo una revisión antes de comprometerse a suministrar productos y servicios a un cliente, para incluir:

1. los requisitos especificados por las partes interesadas, incluyendo los requisitos para las

actividades de entrega y las posteriores a la misma.

2. los requisitos no establecidos por las partes interesadas, pero necesarios para el uso especificado o previsto, cuando sea conocido.

3. los requisitos especificados por la organización.

4. los requisitos legales y reglamentarios aplicables a los productos y servicios.

5. las diferencias existentes entre los requisitos del contrato o pedido y los expresados previamente.

La organización debe asegurarse de que se resuelven las diferencias existentes entre los requisitos del contrato o pedido y los expresados previamente.

La organización debe confirmar los requisitos de las partes interesadas antes de la aceptación, cuando estas no proporcionen una declaración documentada de sus requisitos

La organización debe conservar la información documentada, cuando sea aplicable: a) sobre los resultados de la revisión, y b) sobre cualquier requisito nuevo para los productos y servicios.

Sexto aspecto de Operaciones: Cambios en los requisitos para los productos y servicios (8.2.4).

La organización debe asegurarse de que, cuando se cambien los requisitos para los productos y servicios, la información documentada pertinente sea modificada, y de que las personas pertinentes sean conscientes de los requisitos modificados.

Séptimo aspecto de Operaciones: Diseño y desarrollo de los productos y servicios (8.3).

Generalidades (8.3.1).

La organización debe establecer, implementar y mantener un proceso de diseño y desarrollo que sea adecuado para asegurarse de la posterior provisión de productos y servicios.

Planificación del diseño y desarrollo (8.3.2).

Al determinar las etapas y controles para el diseño y desarrollo, la organización debe considerar:

1. la naturaleza, duración y complejidad de las actividades de diseño y desarrollo.

2. las etapas del proceso requeridas, incluyendo las revisiones del diseño y desarrollo aplicables.

3. las actividades requeridas de verificación y validación del diseño y desarrollo.

4. las responsabilidades y autoridades involucradas en el proceso de diseño y desarrollo.

5. las necesidades de recursos internos y externos para el diseño y desarrollo de los productos y servicios.

6. la necesidad de controlar las interfaces entre las personas que participan activamente en el proceso de diseño y desarrollo.

7. la necesidad de la participación activa de las partes interesadas, y usuarias en el proceso de diseño y desarrollo.

8. los requisitos para la posterior provisión de productos y servicios.

9. el nivel de control del proceso de diseño y desarrollo esperado por las partes interesadas.

10. la información documentada necesaria para demostrar que se han cumplido los requisitos del diseño y desarrollo.

Entradas para el diseño y desarrollo (8.3.3).

La organización debe determinar los requisitos esenciales para los tipos específicos de productos y servicios a diseñar y desarrollar. La organización debe considerar: a) los requisitos funcionales y de desempeño; b) la información proveniente de actividades previas de diseño y desarrollo similares; c) los requisitos legales y reglamentarios; d) normas o códigos de prácticas

que la organización se ha comprometido a implementar; y e) las consecuencias potenciales de fallar debido a la naturaleza de los productos y servicios.

Las entradas deben ser adecuadas para los fines del diseño y desarrollo, estar completas y sin ambigüedades.

Las entradas del diseño y desarrollo contradictorias deben resolverse.

La organización debe conservar la información documentada sobre las entradas del diseño y desarrollo.

Controles del diseño y desarrollo (8.3.4).

La organización debe aplicar controles al proceso de diseño y desarrollo para asegurarse de que:

1. se definen los resultados a lograr.

2. se realizan las revisiones para evaluar la capacidad de los resultados del diseño y desarrollo de cumplir los requisitos.

3. se realizan actividades de verificación para asegurarse de que las salidas del diseño y desarrollo cumplen los requisitos de las entradas.

4. se realizan actividades de validación para asegurarse de que los productos y servicios resultantes satisfacen los requisitos para su aplicación especificada o uso previsto.

5. se toma cualquier acción necesaria sobre los problemas determinados durante las revisiones, o las actividades de verificación y validación.

6. se conserva la información documentada de estas actividades.

Salidas del diseño y desarrollo (8.3.5).

La organización debe asegurarse de que las salidas del diseño y desarrollo:

1. cumplen los requisitos de las entradas.

2. son adecuados para los procesos posteriores para la provisión de productos y servicios.

3. incluyen o hacen referencia a los requisitos de seguimiento y medición, cuando sea apropiado a los criterios de aceptación.

4. especifican las características de los productos y servicios que son esenciales para su propósito previsto y su provisión segura y correcta.

La organización debe conservar la información documentada sobre las salidas del diseño y desarrollo.

Cambios del diseño y desarrollo (8.3.6).

La organización debe identificar, revisar y controlar los cambios hechos durante el diseño y desarrollo de los productos y servicios, o posteriormente en la medida necesaria para asegurarse de que no haya un impacto adverso en la conformidad con los requisitos.

La organización debe conservar la información documentada sobre: a) los cambios del diseño y desarrollo; b) los resultados de las revisiones; c) la autorización de los cambios; y d) las acciones tomadas para prevenir los impactos adversos.

Octavo aspecto de Operaciones: Control de los procesos, productos y servicios suministrados externamente (8.4).

Generalidades.

La organización debe asegurarse de que los procesos, productos y servicios suministrados externamente son conformes a los requisitos.

La organización debe determinar los controles a aplicar a los procesos, productos y servicios suministrados externamente cuando:

1. los productos y servicios de proveedores externos están destinados a incorporarse dentro de

los propios productos y servicios de la organización;

2. los productos y servicios son proporcionados directamente a las partes interesadas por proveedores externos en nombre de la organización;

3. un proceso o una parte de un proceso, es proporcionado por un proveedor externo como resultado de una decisión de la organización.

La organización debe determinar y aplicar criterios para la evaluación, la selección, el seguimiento del desempeño reevaluación de los proveedores externos, basándose en su capacidad para proporcionar procesos o productos y servicios de acuerdo con los requisitos. La organización debe conservar la información documentada de estas actividades y de cualquier acción necesaria que surja de las evaluaciones.

La organización debe adoptar y mantener las disposiciones que garanticen el cumplimiento de las normas de seguida y salud en el trabajo de su organización, por parte de los proveedores, trabajadores dependientes, trabajadores cooperados, trabajadores en misión, contratistas y sus trabajadores o subcontratistas, durante el desempeño de las actividades objeto del contrato. Para este propósito, la organización debe considerar como mínimo, los siguientes aspectos en materia de seguridad y salud el trabajo: (art. 2.2.4.6.28 decreto 1072)

1. incluir los aspectos de seguridad y salud en el trabajo en la evaluación y selección de proveedores y contratistas.

2. Procurar canales de comunicación para la gestión de seguridad y salud en el trabajo con los proveedores, trabajadores cooperados, trabajadores en misión, contratistas y sus trabajadores o subcontratistas.

3. Verificar antes del inicio del trabajo y periódicamente, el cumplimiento de la obligación de afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales, considerando la rotación del personal por parte de los proveedores contratistas y subcontratistas, de conformidad con la normatividad vigente.

4. Informar a los proveedores y contratistas al igual que a los trabajadores de este último. previo

al inicio del contrato, los peligros y riesgos generales y específicos de su zona de trabajo incluidas las actividades o tareas de alto riesgo, rutinarias y no rutinarias. así como la forma de controlarlos y las medidas de prevención y atención. de emergencias. Se debe revisar periódicamente durante cada año, la rotación de personal y asegurar que el nuevo personal reciba la misma información;

5. Instruir a los proveedores, trabajadores cooperados, trabajadores en misión, contratistas y sus trabajadores o subcontratistas, sobre el deber de informar acerca de los presuntos accidentes de trabajo y enfermedades laborales ocurridos durante el periodo de vigencia del contrato para que La organización o contratante ejerza las acciones de prevención y control que estén bajo su responsabilidad; y

6. Verificar periódicamente y durante el desarrollo de las actividades de la naturaleza de la organización, el cumplimiento de la normatividad en seguridad y salud el trabajo por parte de los trabajadores cooperados, trabajadores en misión, proveedores, contratistas y sus trabajadores o subcontratistas.

Tipo y alcance del control (8.4.2).

La organización debe asegurarse de que los procesos, productos y servicios suministrados externamente no afectan de manera adversa la capacidad de la organización de entregar productos y servicios conformes de manera coherente a sus clientes.

La organización debe:

1. asegurarse de que los procesos suministrados externamente permanecen dentro su Sistema de Gestión Integrado.

2. definir los controles que pretende aplicar a un proveedor externo, y los que pretende aplicar a las salidas resultantes.

3. tener en consideración:

- ✓ el impacto potencial de los procesos, productos y servicios suministrados

externamente en la capacidad de la organización de cumplir regularmente los requisitos de las partes interesadas, los legales y reglamentarios aplicables.

- ✓ la eficacia de los controles aplicados por el proveedor externo.
- ✓ determinarla verificación, u otras actividades necesarias para asegurarse que los procesos, productos y servicios suministrados externamente cumplen los requisitos.

Noveno aspecto de Operaciones: Información para los proveedores externos (8.4.3).

La organización debe asegurarse de la adecuación de los requisitos antes de su comunicación al proveedor externo.

La organización debe comunicar a los proveedores externos sus requisitos para:

1. los procesos, productos y servicios a proporcionar.

2. la aprobación de: a) productos y servicios; b) métodos, procesos y equipo; y c) la liberación productos y servicios.

3. la competencia incluyendo cualquier calificación requerida de las personas.

4. las interacciones del proveedor externo con la organización.

5. el control y el seguimiento del desempeño del proveedor externo a aplicar por parte de la organización.

6. las actividades de verificación o validación que la organización, o sus partes interesadas, pretenden llevar a cabo en las instalaciones del proveedor externo.

7. la retroalimentación de las partes interesadas.

Décimo aspecto de Operaciones: Producción y provisión del servicio (8.5).

Control de la producción y de la provisión del servicio (8.5.1).

La organización debe implementar la producción y provisión del servicio bajo condiciones controladas.

Las condiciones controladas deben incluir, cuando sea aplicable:

1. la disponibilidad de información documentada que defina:

- ✓ las características de los productos a producir, los servicios a prestar. O las actividades a desempeñar.
- ✓ Los resultados a alcanzar.

2. La disponibilidad y el uso de los recursos de seguimiento y medición adecuados.

3. La implementación de actividades de seguimiento y medición en las etapas apropiadas para verificar que se cumplen los criterios para el control de los procesos o sus salidas, y los criterios de aceptación para los productos y servicios.

4. El uso de la infraestructura y el entorno adecuados para la operación de los procesos.

5. La designación de personas competentes, incluyendo cualquier calificación requerida.

Identificación y trazabilidad (8.5.2).

La organización debe utilizar los medios apropiados para identificar las salidas, cuando sea necesario, para asegurar la conformidad de los productos y servicios.

La organización debe identificar el estado de las salidas con respecto a los requisitos de seguimiento y medición a través de la producción y prestación del servicio.

La organización debe controlar la identificación única de las salidas cuando la trazabilidad sea un requisito y debe conservar la información documentada necesaria para permitir la trazabilidad.

Control de los cambios (8.5.6).

La organización debe revisar y controlar los cambios para la producción o la prestación del servicio, en la extensión necesaria para asegurarse de la continuidad en la conformidad con los requisitos.

La organización debe conservar información documentada que describa los resultados dela revisión de los cambios, las personas que autorizan el cambio, y de cualquier acción necesaria que surja de la revisión.

Undécimo aspecto de Operaciones: Liberación de los productos y servicios (8.6).

La organización debe implementar las disposiciones planificadas, en las etapas adecuadas, para verificar que se cumplen los requisitos de los productos y servicios.

La liberación de los productos y servicios al cliente no debe llevarse a cabo hasta que se hayan completado satisfactoriamente las disposiciones planificadas, a menos que sea aprobado de otra manera por una autoridad pertinente y, cuando sea aplicable, por el cliente.

La organización debe conservar la información documentada sobre la liberación de los productos y servicios. La información documentada debe incluir: a) evidencia de la conformidad con los criterios de aceptación; y b) trazabilidad a las personas que autorizan la liberación.

Aspecto doce de Operaciones: Control de las salidas no conformes (8.7).

La organización debe asegurarse de que las salidas que no sean conformes con sus requisitos se identifican y se controlan para prevenir su uso o entrega no intencionada.

La organización debe tomar las acciones adecuadas basándose en la naturaleza de la no conformidad y en su efecto sobre la conformidad de los productos y servicios. Esto se debe aplicar también a los productos y servicios no conformes detectados después de la entrega de los productos, durante o después de la provisión de los servicios.

La organización debe tratar las salidas no conformes de una o más de las siguientes maneras: a) corrección; b) separación, contención, devolución o suspensión de provisión de

productos y servicios; c) informar a las partes interesadas; y d) obtención de autorización para su aceptación bajo concesión.

Debe verificarse la conformidad con los requisitos cuando se corrigen las salidas no conformes.

La organización debe mantener la información documentada que: a) describa la no conformidad; b) describa las acciones tomadas; c) describa todas las concesiones obtenidas; y d) identifique la autoridad que decide la acción con respecto a la no conformidad.

- Evaluación del desempeño

Primer aspecto de evaluación del desempeño: Seguimiento, medición, análisis y evaluación.

Generalidades (9.1).

La organización debe determinar:

1. que necesita seguimiento y medición.

2. los métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación necesarios para asegurar los resultados válidos.

3. cuando se deben llevar a cabo el seguimiento y la medición.

4. cuándo se debe analizar y evaluar los resultados del seguimiento y la medición.

La organización debe evaluar el desempeño y la eficacia del Sistema de Gestión Integral.

La organización debe conservar la información documentada apropiada como evidencia de los resultados de seguimiento, la medición, el análisis y otros requisitos.

Evaluación del cumplimiento legal y otros.

La organización debe garantizar que opera bajo el cumplimiento de la normatividad legal vigente, es por eso que debe establecer un procedimiento para implementar, mantener y actualizar y evaluar los requisitos legales y otros requisitos aplicables a la organización.

La organización debe mantener registros de los resultados de las evaluaciones periódicas.

Segundo aspecto de evaluación del desempeño: Investigación de incidentes (art. 2.2.4.6.32 decreto 1072).

La organización debe establecer, implementar y mantener un procedimiento para registrar, investigar y analizar incidentes, para ello debe tener en cuenta:

1. identificar y documentar las deficiencias del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo (SG-SST) lo cual debe ser el soporte para la implementación de las acciones preventivas, correctivas y de mejora necesarias.

2. Informar de sus resultados a los trabajadores directamente relacionados con sus causas o con sus controles, para que participen activamente en el desarrollo de las acciones preventivas, correctivas y de mejora.

3. Informar a la alta dirección sobre el ausentismo laboral por incidentes, accidentes de trabajo enfermedades laborales.

4. Alimentar el proceso de revisión que haga la alta dirección de la gestión en seguridad y salud en el trabajo y que se consideren también en las acciones de mejora continua.

5. Para las investigaciones de incidentes se debe conformar un equipo investigador integrado por el jefe inmediato o supervisor del trabajador accidentado o del área donde ocurrió el incidente, un representante del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el trabajo o el Vigía Seguridad y Salud en el trabajo y representante por la Dirección del Sistema de Gestión Integrado. Cuando el empleador no cuente con la estructura anterior, deberá conformar un equipo investigador por trabajadores capacitados para tal fin.

Tercer aspecto de Evaluación del desempeño: Satisfacción las partes interesadas (9.1.2).

La organización debe realizar el seguimiento de las percepciones de las partes interesadas del grado en que se cumplen sus necesidades y expectativas. La organización debe determinar los métodos para obtener, realizar el seguimiento y revisar esta información.

Cuarto aspecto: Análisis y evaluación (9.1.3).

La organización debe analizar y evaluar los datos y la información apropiados que surgen por el seguimiento y la medición.

Los resultados del análisis deben utilizarse para evaluar: a) la conformidad de los productos y servicios, b) el grado de satisfacción de las partes interesadas; c) el desempeño y la eficacia del Sistema de Gestión Integrado; d) si lo planificado se ha implementado de forma eficaz; e) la eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y oportunidades; f) el desempeño de los proveedores externos; y g) la necesidad de mejoras en el Sistema de Gestión Integrado.

Quinto aspecto: Auditoría interna (9.2).

Generalidades (9.2.1).

La organización debe llevar a cabo auditorías internas a intervalos planificados para proporcionar información acerca de si el Sistema de Gestión Integrado:

1. es conforme con: a) los requisitos propios de la organización para su Sistema de Gestión Integrado, y b) los requisitos de las Normas ISO 9001:2015, Decreto 1072 DE 2015 apartado 2.2.4.6.

2. Se implementará y se mantiene eficazmente.

Programa de Auditorías Internas (9.2.2).

La organización debe planificar, establecer, implementar y mantener uno o varios programas de auditoría que incluya la frecuencia, los métodos, las responsabilidades, los

requisitos de planificación y la elaboración de informes, que deben tener en consideración la importancia de los procesos involucrados, los cambios que afecten a la organización y los resultados de las auditorias previas.

La organización debe:

1. Definir los criterios de la auditoria y el alcance para cada auditoria.

2. Seleccionar los auditores y llevar a cabo auditorias para asegurarse de la objetividad y la imparcialidad del proceso de auditoría.

3. Asegurarse de que los resultados de las auditorias se informen a la dirección pertinente;

4. Realizar las correcciones y tomar las acciones correctivas, adecuadas sin demora injustificada;

Conservar información documentada como evidencia de la implementación del programa de auditoría y de los resultados de las auditorias.

Alcance de la auditoria (art. 2.2.4.6.30).

El proceso de auditoría del Sistema de Gestión Integrado, deberá abarcar entre otros lo siguiente:

1. El cumplimiento de la política de seguridad y salud en el trabajo;

2. El resultado de los indicadores de estructura, proceso y resultado;

3. La participación de los trabajadores;

4. El desarrollo de la responsabilidad y la obligación de rendir cuentas;

5. El mecanismo de comunicación de los contenidos del Sistema de Gestión Integrado, a los trabajadores;

6. La planificación, desarrollo y aplicación del Sistema de Gestión Integrado;

7. La gestión del cambio;

8. La consideración de la seguridad y salud en el trabajo en las nuevas adquisiciones;

9. El alcance y aplicación del Sistema de Gestión Integrado frente a los proveedores y contratistas y demás partes interesadas;

10. La supervisión y medición de los resultados;

11. El proceso de investigación de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales, y su efecto sobre el mejoramiento de la seguridad y salud en el trabajo en la empresa;

12. El desarrollo del proceso de auditoría; y

13. La evaluación por parte de la alta dirección.

Sexto: revisión por la dirección (9.3).

Generalidades (9.3.1).

La alta dirección debe revisar el Sistema de Gestión Integrado de la organización a intervalos planificados, para asegurarse de su conveniencia, educación, eficacia y alineación continuas con la dirección estratégica de la organización.

Entradas de la revisión por la dirección (9.3.2) (art. 2.2.4.6.31).

La revisión por la dirección debe planificarse y llevarse a cabo incluyendo consideraciones sobre:

1. El estado de las acciones de las revisiones por la dirección previas;

2. Los cambios en las cuestiones externas e internas que sean pertinentes al Sistema de Gestión Integral.

3. La información sobre el desempeño y la eficacia del Sistema de Gestión Integral, incluidas las tendencias relativas a:

4. Satisfacción del cliente y la retroalimentación de las partes interesadas pertinentes;

5. El grado en que se han cumplido los objetivos del Sistema de Gestión Integrado.

6. El desempeño de los procesos y conformidad de los productos y servicios;

7. Las no conformidades y acciones correctivas;

8. Los resultados de seguimiento y medición;

9. Los resultados de la auditoria;

10. El desempeño de los proveedores externos;

11. Determinar si promueve la participación de los trabajadores;

12. Cumplimiento de los requisitos legales y otros aplicables;

13. Establecer acciones que permitan la mejora continua en seguridad y salud en el trabajo:

14. Establecer el cumplimiento de planes específicos, de las metas establecidas y de los objetivos propuestos;

15. Inspeccionar sistemáticamente los puestos de trabajo, las máquinas y equipos y en general, las instalaciones de la empresa;

16. Vigilar las condiciones en los ambientes de trabajo;

17. Vigilar las condiciones de salud de los trabajadores;

18. Mantener actualizada la identificación de peligros, la evaluación y valoración de los riesgos;

19. Identificar la notificación y la investigación de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales;

20. Identificar ausentismo laboral por causas asociadas con seguridad y salud en el trabajo;

21. Identificar pérdidas como daños a la propiedad, máquinas y equipos entre otros, relacionados con seguridad y salud en el trabajo;

22. Identificar deficiencias en la gestión de la seguridad y salud en el trabajo;

23. Identificar la efectividad de los programas de rehabilitación de la salud de los trabajadores.

24. La adecuación de los recursos.

25. La eficacia de la acción tomada para abordar los riesgos y las oportunidades

26. Las oportunidades de mejora.

Salidas de la revisión por la dirección (9.3.3).

Las salidas de la revisión por la dirección por la dirección deben incluir las decisiones y acciones relacionadas con: a) las oportunidades de mejora; b) cualquier necesidad de cambio en el Sistema de Gestión Integrado; y c) las necesidades de recursos.

La organización debe conservar información documentada como evidencia de los resultados de las revisiones por la dirección.

- MEJORA (10).

Generalidades (10.1) en la Mejora.

La organización debe determinar y seleccionar las oportunidades de mejora e implementar cualquier acción necesaria para cumplir los requisitos del Sistema de Gestión Integrado

Estas deben Incluir:

1. Mejorar los productos y servicios para cumplir los requisitos, así como considerar las necesidades y expectativas futuras;

2. Corregir, prevenir o reducir los efectos no deseados;

3. Mejorar el desempeño y la eficacia del Sistema de Gestión Integrado.

La organización debe considerar entre otras, fuentes para identificar oportunidades de mejora: (art. 2.2.4.6.34 decreto)

1. El cumplimiento de los objetivos del Sistema de Gestión Integrado;

2. Los resultados de la intervención en los peligros y los riesgos priorizados;

3. Los resultados de la auditoría y revisión del Sistema de Gestión Integral, incluyendo la investigación de los incidentes, accidentes y enfermedades laborales;

4. Las recomendaciones presentadas por los trabajadores y el Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigía de Seguridad y Salud en el Trabajo, según corresponda;

5. Los resultados de los programas de promoción y prevención;

6. El resultado de la supervisión realizado por la alta dirección; y

7. Los cambios en legislación que apliquen a la organización.

No conformidad y acción correctiva (10.2) en Mejora.

Cuando ocurra una no conformidad, incluida cualquier originada por quejas, la organización debe: (10.2.1)

1. Reaccionar ante la no conformidad y, cuando sea aplicable: a) tomar acciones para controlarla y corregirla; y b) hacer frente a las consecuencias.

2. Evaluar la necesidad de acciones para eliminar las causas de la no conformidad, con el fin de que no vuelva a ocurrir no ocurra en otra parte, mediante: a) la revisión y el análisis de la no conformidad; b) la determinación de las causas de la no conformidad; y c) la determinación de si existen no conformidades similares, o que potencialmente puedan ocurrir;

3. Implementar cualquier acción tomada;

4. Revisar la eficacia de cualquier acción correctiva tomada;

5. Si fuera necesario, actualizar los riesgos y oportunidades determinados durante la planificación; y

6. Si fuera necesario, hacer cambios al Sistema de Gestión Integrado.

Las acciones correctivas deber ser apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas.

La organización debe conservar información documentada como evidencia de: a) la naturaleza de las no conformidades y cualquier acción tomada posteriormente; y b) los resultados de cualquier acción correctiva.

Mejora continua (10.3) en Mejora.

La organización debe mejorar continuamente la conveniencia, adecuación y eficacia del Sistema de Gestión Integrado mediante el uso de la política y los objetivos.

La organización debe considerar los resultados del análisis de datos y la evaluación, y las salidas de la revisión por la dirección, para determinar si hay necesidades u oportunidades que deben considerarse como parte de la mejora continua.

Oportunidades de mejora

Un enfoque basado en procesos nos permite un mejor y continuo control sobre los procesos y las interrelaciones entre ellos, lo cual sin lugar a dudas representa una ventaja competitiva para la organización. Permite además un desempeño mejor y la obtención de mejores resultados no sólo en los procesos sino en los productos y servicios, así como la posibilidad de un mejoramiento continuo de manera integral. (Gestiopolis, Valdés Herrera Clemente. (2010, Mayo 3).

Los procesos se agrupan en 3 niveles

- Procesos Estratégicos: Son los encargados de establecer la estrategia de la empresa, el diseño y desarrollo de cómo se van a desarrollar las directrices.

- Procesos Misionales: Son los encargados del desarrollo del objeto social de la empresa.

- Procesos de Apoyo: Son los necesarios para sostener los procesos estratégicos y misionales.

Teniendo en cuenta las definiciones anteriores y dentro del marco de las actividades realizadas en Cesalud S.A. se presenta el siguiente Mapa de Procesos (ver figura No 3)

Mapa de Procesos

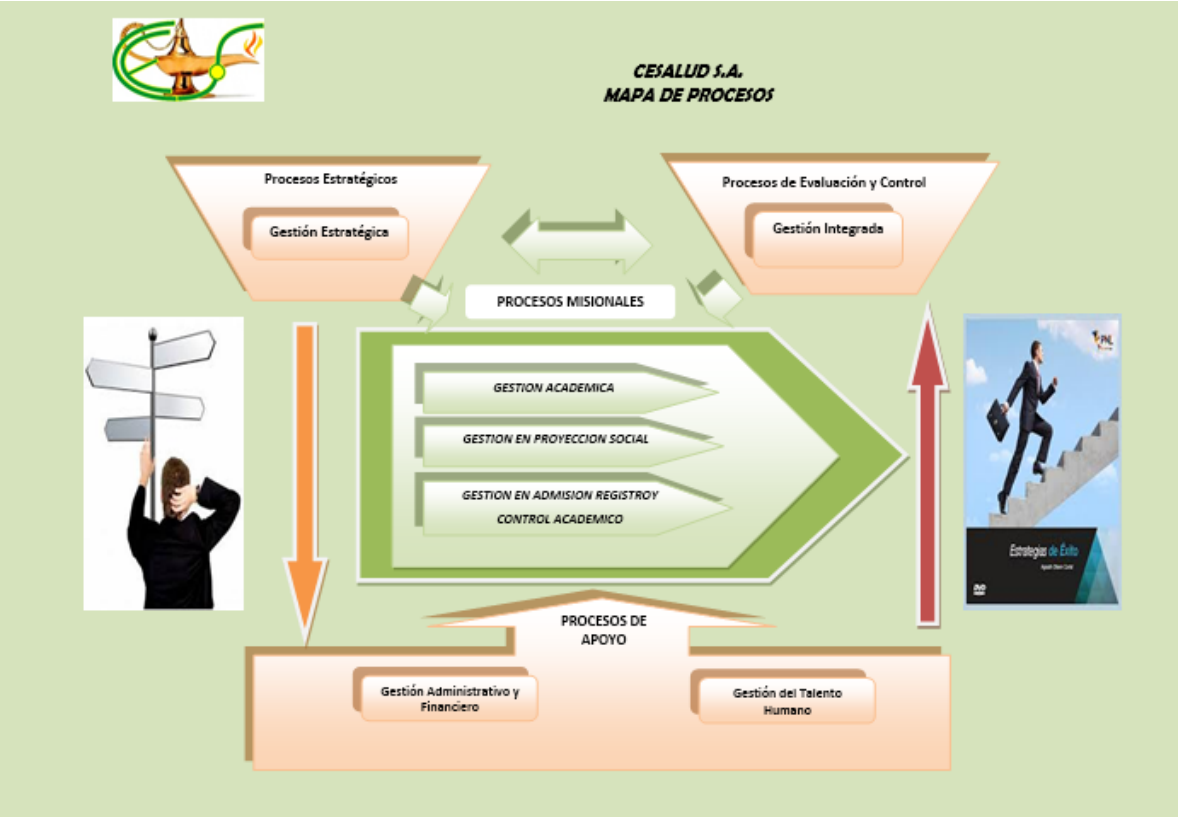


Figura 3. Mapa de procesos. Fuente. Cesalud S.A

Caracterizacion de Procesos

En Cesalud S.A. se definieron los siguientes procesos.

Procesos Estrategicos: en este nivel se definieron dos procesos.

- Gestion Estrategica: Este proceso inicia desde el diagnostico estrategico; hasta, seguimiento y control del cumplimiento del mismo. Define las directrices, el plan estrategico para la vigencia, los planes de accion y proyectos necesarios para el mejoramiento de la institucion, haciendo seguimiento mediante las actividades de medicion, registro y analisis de indicadores. (Ver Anexo 1).

- Gestión Integrada: Este proceso inicia con la planificación del Sistemas de Gestión Integrado y termina con la revisión y evaluación de este, y su fin no es más que una

nueva forma de enfocar las actividades de una organización para gestionar integralmente la variable calidad, seguridad y salud ocupacional alineados con la estrategia de la organización. (Ver Anexo 2).

Procesos Misionales: En este nivel se definieron tres procesos.

- Gestion Academica: Este proceso inicia con el diseño del plan de estudios y termina con la graduacion del estudiante y su objetivo es impartir conocimientos y competencias laborales a los alumnos a partir de estrategias, tecnicas y metodologias que garanticen la calidad y pertinencia de los diferentes programas que oferta la institucion. (Ver Anexo 3).

- Gestion en Proyeccion Social: Este proceso inicia desde la gestion de progamas y proyectos y su objetivo es promover la vinculacion de Cesalud S.A. con el entorno a traves de planes, programas y proyectos de investigacion y proyectos especiales. (Ver Anexo 4).

- Gestion en Admision Registro y Control Academico : Este proceso inicia desde la vinculacion del estudiante a la institucion y termina con el control academico de estos y su objetivo es dirigir la ejecucion de los planes, programas y reglamentacion formulada en la institucion en los referente a los servicios de inscripcion, admision, matricula, registro y control de la informacion academica de los estudiantes. (Ver Anexo 5).

Procesos de Apoyo: En este nivel se definieron dos procesos.

- Gestion Administrativa y Financiera: Este proceso inicia con los requerimientos institucionales y termina con la atencion oportuna de las necesidades y su objetivo es gestionar eficientemente los recursos humanos, fisicos y economicos para ayudar al cumplimientos de los objetivos institucionales. (Ver Anexo 6).

- Gestion del Talento Humano:Este proceso inicia desde la vinculacion del personal hasta la evaluacion del desempeño laboral y su objetivo es dirigir el fortalecimiento de las competencias del Talento Humano administrativo y docentes de la institucion mediante la

realizacion de actividades que con llevan al desempeño laboral y al cumplimiento de los objetivos de la institucion. (Ver Anexo 7).

Diseño del sistema de gestión integrado

Este Sistema de Gestión Integrado está basado en las normas ISO: 9001 20015, el decreto 1072 de 2015, libro 2, parte 2, título 4, capítulo 6.

A partir del levantamiento de procesos y procedimientos, se diseña el Sistema de Gestión Integrado de Cesalud S.A.

Política Integrada QHS

Es política de CESALUD, suministrar capacitación y formación sistémica, apoyados en competencias laborales, fundamentadas en la experiencia y trayectoria de la institución, contando con un equipo humano altamente calificado y soportado con recursos tecnológicos eficientes, trabajamos con principios de promoción y prevención encaminados a proteger la vida, integridad y salud de nuestros colaboradores disminuyendo la ocurrencia de incidentes y la generación de enfermedades laborales; cumpliendo con los requisitos legales y de otra índole buscando siempre la mejora continua en nuestro Sistema Integrado de Gestión.

Alcance del Sistema Integrado

El Sistema de Gestión Integrado aplica para todos los procesos, procedimientos y documentación definidos por Cesalud S.A. para demostrar la eficiencia, eficacia y efectividad a partir de la mejora continua.

Objetivos integrados

1. Desarrollar y mejorar el nivel profesional de la organización en competencias fundamentales, será el propósito permanente de la entidad, incrementando el nivel de satisfacción de las partes interesadas.

2. Inspeccionar y vigilar los procesos permanentemente dentro del marco de la mejora continua.

3. Promover, mantener y mejorar las condiciones de salud y de trabajo en la Institución, con el fin de preservar un estado de bienestar físico, mental y social de los trabajadores, tanto a nivel individual como colectivo, que mejore la productividad de la misma.

4. Promover las Normas Internas de Seguridad y Salud Ocupacional, el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, para facilitar el control de los factores de riesgo y prevenir la aparición de incidentes y Enfermedades laborales.

Procedimientos del Sistema Integrado

Procedimiento para el control de documentos. El procedimiento para el control de documentos es el siguiente.

	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO	**Fecha Aprobación: Mayo del 2016**
		Versión: 01
	ELABORACION Y CONTROL DE DOCUMENTOS	**Código: SIG-P01**
		Página

OBJETIVO. Garantizar que la documentación y los datos de origen interno y externo referenciados en el Sistema de Gestión Integrado de Cesalud S.A, sean administrados y controlados por parte del responsable del Sistema.

ALCANCE. Este procedimiento cubre las actividades de elaboración, revisión, aprobación, distribución, divulgación, modificación, anulación y disposición de los documentos internos, y de los documentos externos, el cual es aplicado en todas las áreas de Cesalud S.A, garantizando la administración y el control de los documentos del sistema. Incluye los documentos definidos en el listado maestro de documentos.

Responsables: Director QHS y Director de cada área.

Terminología y definiciones:

Control de Documentos: Documentos que contienen información relacionada con el Sistema de Gestión Integrado de Cesalud S.A**,** que se han referenciado en la documentación interna y por lo tanto es necesario controlarlos.

Documentos Externos: Corresponden a los documentos tales como Normas, Reglamentos, Pliegos, Especificaciones Técnicas, Manuales, Códigos entre otros (Ej. la norma NTC-ISO 9001:2015). Documentos pertenecientes al Sistema de Gestión de Integrado generados por entidades diferentes a Cesalud S.A, los cuales afectan las actividades internas de la organización.

Documentación original: Documentos que presentan la evidencia de la aprobación de su contenido (firmas) y sirven para tomar las copias para la distribución a las áreas interesadas. (Cuando aplique).

Ficha Técnica: Documento que establece los requisitos que debe cumplir un producto o servicio y los ensayos o evaluaciones a los cuales se debe someter.

Instructivo: Documento que describe en forma detallada los pasos y secuencia para una tarea de una actividad establecida en un procedimiento. Un instructivo describe el cómo se debe hacer.

Listado Maestro: Es el inventario actualizado según temas específicos (Ej. Listado Maestro de Documentos, Proveedores, etc.)

Manual de Gestión de Calidad: Documento que enuncia las políticas de gestión (por ejemplo, política de calidad) y describe el Sistema de Gestión de Calidad del centro educación para el trabajo y el desarrollo humano. Cesalud S.A.

Plan de Calidad: Documento que describe la aplicación del SGC para la prestación de un servicio en particular.

Procedimientos: Documento que describe las tareas y secuencia que se debe tener en cuenta para una o más actividades involucradas en un proceso en particular. Un procedimiento describe el que se debe hacer, quien lo debe hacer y cuando lo debe hacer.

Soporte normativo y de referencia: a) NTC ISO 9001:2015 y b) Ver Normo-grama (Matriz Legal).

Las condiciones generales son las siguientes:

- Este procedimiento se elaboró para dar claridad al cumplimiento de lo establecido en el numeral 7.5.3.2 "Control de la Información Documentada" de la Norma NTC ISO 9001:2015.

- El listado Maestro de Documentos debe contener: nombre documento, si es documento interno o externo, la versión, fecha de vigencia, control de original y copias especificar la fecha de entrega y a que proceso va.

- Los documentos del sistema estarán permanentemente a disposición del funcionario de Cesalud S.A.

- Los Responsables de los procesos que elaboran los documentos es quien revisa y la Dirección es quien aprueba.

- Los documentos distribuidos físicamente, que requieran de actualización de la documentación (Ej. Nueva versión del documento), se deben identificar antes de entregar el documento, con el sello de "COPIA CONTROLADA", los demás documentos que no registren dicho sello, se catalogan como documentos no controlados y por ende no será válido.

- una vez aprobado el cambio del documento se le actualiza la versión y la fecha de vigencia; además esta situación se refleja en el formato *Listado Maestro de Documentos.*

- El director QHS recolecta las copias físicas controladas de los documentos de versión anterior que fueron distribuidas, procediendo a su destrucción o reutilización dejando una

marca (Ej: Una “x” de tamaño considerable) para que su contenido no sea tenido en cuenta. El documento de la versión anterior a la vigente es almacenado electrónicamente en una carpeta identificada como “OBSOLETOS” ubicada en la red local.

Software a utilizar para la elaboración de los documentos

Todos los documentos se deben elaborar en el siguiente software:

- Procesador de texto (Word)
- Hojas electrónicas (Excel)
- Herramientas para dibujo, gráficos , tablas (Power Point)
- y demás aplicativos que utilizan las áreas para sus procesos

La digitalización de los documentos se realizará a liberalidad del dueño del proceso, en cuento a tamaño de letra y fuentes de temas. En lo posible que el tamaño oscile entre 8 a 12 puntos.

Redacción de textos

La redacción y el texto de un documento deben ser:

- Clara y precisa, es decir, que en lo posible haya en cada oración una sola idea y que ésta sea concreta, no dé lugar a interpretaciones y no utilice términos tales como “adecuado”.
- Breve, es decir, en párrafos cortos, resumida y con lo indispensable.
- Uniforme en la terminología: utilizar siempre el mismo término para un mismo concepto.
- Comprensible para todos los niveles.
- Con ilustraciones para reducir texto, si se requiere.
- Para la redacción de las actividades, los verbos se deben emplear en infinitivo. Ejemplo: el responsable debe instalar el equipo.

Consulta de documentos del Sistema

Los documentos, se pueden consultar mediante copia escrita y en medio virtual, las cuales reposarán en la oficina del director del Sistema de Gestión de Integrado.

Estructura de los documentos del Sistema

Encabezado: Recuadro elaborado en la parte superior de todas las hojas que constituyan el documento; en letra Arial o Calibri en tamaños 8 a 12, la cual tiene la siguiente presentación y contenido:

Logotipo: localizado en el extremo superior izquierdo de la hoja.

Sistema de Gestión Integrado.

Título del Documento: Este espacio debe contener el tipo y el título del documento, el cual debe ser claro y preciso.

Fecha de Aprobación

Versión: Corresponde a la actualización de cada documento

Código: En este espacio se especifica el código del documento para efectos de fácil identificación. La codificación será parcial; es decir, para aquellos más visibles del Sistema. Ejemplo. (E- CA-P01).

Página: Numeración correspondiente a las páginas.

Se establece la siguiente codificación con base en la combinación de campos alfanuméricos:

Ejemplo:	**E**	**- GA -**	**P01**
	Tipo de Proceso con el consecutivo	Nombre del proceso	Tipo de documento con el consecutivo

Nota: El separador que se debe usar siempre es un guion y la codificación será obligatoria para los documentos específicamente relacionados con el Sistema Documental**.**

1. Tipo de proceso: Código alfabético de una letras que corresponde a la abreviatura del área de la organización a la cual pertenece el documento, así:

Tabla 6 . Codificación Tipo de Proceso

TIPO DE PROCESO	ABREVIATURA
PROCESO ESTRATEGICO	E
PROCESO MISIONAL	M
PROCESO DE APOYO	A

Fuente: autora.

2. Nombre del Proceso: Código alfabético de dos letras que corresponde a la abreviatura nombre del proceso de la organización a la cual pertenece el documento, así:

Tabla 7. Codificación Nombre del Proceso

NOMBRE DEL PROCESO	ABREVIATURA
Gestión Integrada	SGI
Gestión Estratégica	GE
Gestión Académica.	GA
Admisión y Registros.	AR
Proyección Social e Investigación	PS
Financiera y Administrativa	FA
Talento Humano	TH

Fuente: autora.

3. Tipo de Documento: Código alfabético que corresponde a la sigla con la cual se define el tipo de documento, así:

Caracterización C

Procedimiento	P
Instructivo	I
Guia	G
Formato	F
Manual	M
Mapa de Riesgo	R
Plan de Calidad	PC

Fecha de Aprobación del documento: Se consignan los datos (Día/Mes/Año) correspondiente a la fecha en que se aprobó el documento.

Versión del documento: Control numérico de la actualización del documento, hace referencia al número del último documento aprobado y vigente. Para efecto del control de documentos se ha definido de la siguiente manera:

Versión 1: primera emisión de un documento.

Versión 2: segunda emisión de un documento.

Versión 3: tercera emisión de un documento, y

Así sucesivamente.

Página X de Y: se define el número de la página (x) y el total de páginas (y) del documento, cuando sea necesario.

Pie de Página: El pie de página, en un tamaño de letra de (8 a 12 y solo se colocará en las páginas de los documentos.

Revisó: Hace referencia al nombre, firma y cargo de la persona responsable de la revisión del documento.

Aprobó: Hace referencia al nombre, firma y cargo de la persona responsable de la aprobación del documento.

Uso de los documentos

Vigencia: Son documentos vigentes solo los originales que reposaran en la oficina del Director del Sistema de Gestión Integrado y los documentos que en medio físico tienen el sello de copia controlada.

Seguridad: Los documentos del Sistema de Gestión Integrado tendrá BACKUP que reposaran en los archivos del Director del Sistema de Gestión Integrado.

Descripción de actividades.

Tabla 8. Actividades Procedimiento Control de Documentos

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	OBSERVACIONES
1	Personal de CESALUD	Definir los Documentos del Sistema	
2	Personal de CESALUD	Planificar el Control de documentos según la norma fundamental	
3	Director del Sistema de Gestión Integrado	Elaborar el Listado Maestro de Documentos del Sistema.	
4	Director del Sistema de Gestión de Integrado	Determinar necesidades de actualización del listado	
		¿Existe necesidad de actualizar el listado?	El listado será actualizado por inclusión, ajustes o eliminación de documentos por parte del responsable de cada proceso
5	Director del Sistema de Gestión de Integrado	Actualizar el listado de control de documentos	

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	OBSERVACIONES
6	Responsables de procesos	Elaborar los documentos de acuerdo a sus necesidades y entregar a Gerencia para su aprobación.	Se elabora con base en el procedimiento elaboración de documentos el cual indica los parámetros exigidos.
7	Director del Sistema de Gestión de Integrado	Distribuir la documentación o publicar en la red	
8	Director del Sistema de Gestión de Integrado	Modificar o eliminar un documento cuando se requiera.	Diligenciar formato solicitud de modificación o eliminación de documentos.

Fuente: autora.

Anexos y registros: a) Listado Maestro de Documentos, b) solicitud de elaboración, modificación o eliminación de documentos, y c) control de documentos.

Control de cambios.

Revisión	Fecha	Pagina	Modificación
Mayo del 2016	Mayo del 2016	Todas	Creación del Documento.

Elaboró, revisó y aprobó

ELABORO	REVISÓ	APROBÓ

Procedimiento para el control de registros. En el procedimiento para el control de registros se debe tener en cuenta:

	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	**Fecha Aprobación: Mayo de 2016**
		Versión: 01
	PROCEDIMIENTO: CONTROL DE REGISTROS	**Código: SIG-P02**
		Página

Objetivo: establecer los controles y parámetros para la identificación, almacenamiento, protección, recuperación, tiempo de retención y disposición de los registros del Sistema de Integrado, definiendo el procedimiento a seguir para el control de los registros en todos procesos de Cesalud S.A.

Alcance. El presente procedimiento es aplicable a los registros de todos los procesos de las diferentes áreas de Cesalud S.A, relacionados directamente con el Sistema de Gestión Integrado.

Responsables:

1. Director QHS: Coordinar las actividades de administración, supervisión, actualización y control del formato “Listado Maestro de Registros”.

2. Responsables de Área: Administrar adecuadamente los registros relacionados con el Sistema de Gestión Integrado, colaborar con la actualización del formato “Listado Maestro de Registros”.

Terminología y definiciones.

Información: Datos que poseen significado.

Formato: Plantilla para registrar (diligenciar) información de una actividad o de un resultado.

Registro: Es un documento que suministra la evidencia objetiva de las actividades realizadas o de los resultados alcanzados. El registro puede ser un formato diligenciado, una fotografía, una grabación, entre otros.

Evidencia Objetiva: Datos que respaldan la existencia o veracidad de algo; se puede obtener a través de la observación, medición, ensayo o prueba u otro medios.

Soporte normativo y de referencia:

- NTC ISO 9001:2015.
- Elaboración de documentos

Condiciones generales:

- Este procedimiento se elaboró para dar claridad al cumplimiento de lo establecido en el numeral 7.5.3.2 “Control de la Información Documentada” de la norma NTC ISO 9001:2015.
- Para el control de los registros en medio magnético se establece la elaboración de copias de seguridad diariamente a cada registro del sistema, resultantes de la ejecución de las actividades de Cesalud S.A.
- El listado Maestro de Registros del sistema debe contener: Nombre, ubicación, medio, responsable, tiempo de almacenamiento en Gestión, tiempo de almacenamiento en archivo y disposición final.
- La columna de tiempo de almacenamiento en gestión, establece el tiempo de manejo de cada registro en las áreas de gestión antes de ser enviado al archivo.
- Los registros del sistema estarán permanentemente a disposición del cliente para su verificación y evaluación.

Descripción de actividades:

Tabla 9. Actividades Procedimiento Control de Registros

No	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	OBSERVACIONES
1	Responsables de proceso	Definir los Registros del Sistema	

No	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	OBSERVACIONES
2	Responsables de proceso	Planificar el Control según norma fundamental	
3	Responsables de proceso	Referenciar todos los registros del Sistema en el formato Listado Maestro de Registros.	
4	Responsables de proceso	Determinar necesidades de actualización del listado	
	Responsables de proceso	¿Existe necesidad de actualizar el listado?	El listado será actualizado por inclusión, ajustes o eliminación de registros por parte del responsable de cada proceso
5	Responsables de proceso	Actualizar el listado de control de registros	
6	Director del Sistema de Gestión de Integrado	Poner a disposición de las partes interesadas los registros del sistema para su verificación y evaluación	
7	Director del Sistema de Gestión de Integrado	Analizar los resultados de la verificación y evaluación anterior	

Fuente: autora.

Anexos y registros

- Listado Maestro de Registros.

Control de cambios:

Revisión	Fecha	Pagina	Modificación
Mayo del 2016	Mayo del 2016	Todas	Creación del Documento.

ELABORO, REVISO Y APROBO

ELABORO	REVISÓ	APROBÓ

Procedimiento para el control de producto no conforme. El procedimiento para el control de productos o servicios no conformes es el siguiente:

	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO	**Fecha Aprobación: Mayo de 2016**
		Versión: 01
	PROCEDIMIENTO: CONTROL DE PRODUCTO Y/O SERVICIO NO CONFORME	**Código: SIG- P03**
		Página

Objetivo. Asegurar que el producto y/o servicio que no encuentran conforme o no cumplen con los requisitos establecidos, se identifiquen y controlen para tomar las acciones que permitan eliminar la no conformidad detectada e impedir su uso o entrega no intencional.

Alcance. Se inicia desde en el momento que se identifica o detecta por parte de un funcionario la no conformidad del servicio que se presta, en la ejecución de los diferentes procesos técnicos o administrativos adoptados y termina en el momento en el cual se controla y se toman las decisiones o acciones que permitan su corrección de acuerdo con el Plan de Acción definido.

El procedimiento que se define es una de las fuentes para determinar una Acción de Mejoramiento o Correctiva.

Responsable. Es responsabilidad de todos funcionarios de Cesalud S.A, que identifique el servicio no conforme mediante los diferentes controles con el fin de evitar su llegada al cliente.

Terminología y definiciones:

Acción Correctiva: Acción tomada para eliminar las causas de una No Conformidad detectada u otra situación indeseable.

Cambio: Canje de Producto No Conforme por uno que cumpla los requisitos establecidos y se encuentre conforme.

Causa: Se considera como el fundamento u origen de algo.

Desechar: Descartar o eliminar el Producto No Conforme (NC).

Devolución: Retornar al proveedor el Producto No Conforme (PNC).

No conformidad: Incumplimiento de un requisito. Para Cesalud S.A, son "Oportunidades de Mejoramiento"**.**

Novedad: Es el evento que surge de la aplicación de un procedimiento, del resultado de un proceso, de una auditoria, de los reportes de los clientes, de los proveedores, de las quejas recibidas de los clientes y/o de la revisión del Sistema de Gestión de Calidad y el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud Ocupacional. Esta puede conllevar a que se presente una no conformidad real o potencial, o a una observación.

Producto no conforme: Es aquel producto o servicio que no presenta las condiciones de calidad exigidos o no cumple con algún requisito establecido previamente por Cesalud S.A.

Reposición: Acción de cambiar un Producto No Conforme (PNC) por otro conforme sin costo adicional por parte del proveedor.

Requisito: Necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria.

Soporte normativo y de referencia:

- Norma NTC ISO 9001: 2015

Condiciones generales:

- Se dispone del formato REGISTRO DEL PRODUCTO Y/O SERVICIO NO CONFORME en el momento que se requiera para su diligenciamiento.
- Cada acción correctiva implementada será validada para comprobar su eficacia y viabilidad.
- Cuando el servicio no conforme no sea identificado dentro de la organización sino por el cliente, será manejado según lo establecido en el procedimiento de atención a peticiones, quejas y reclamos.

Descripción de actividades:

Tabla 10. Actividades Procedimiento Control de Producto y/o Servicio No Conforme

No	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	OBSERVACIONES
1	Colaborador del proceso	Identificar la No Conformidad del producto y/o servicio en cualquiera de las etapas del proceso.	El producto / servicio No conforme puede ser detectado en forma casual o en los puntos de control del proceso.
2	Colaborador del proceso que detecta y reporta la NC	Describir la No Conformidad y determinar la causa de la misma en el formato registro del producto y/o servicio no conforme	Formato registro producto y/o servicio no conforme
3	Colaborador del proceso que detecta y reporta la NC	Firmar y entregar al responsable del proceso el formato de registro del producto y/o servicio no conforme.	Formato de registro del producto y/o servicio No Conforme.
4	Responsable del proceso	Recibir y conocer la causa de la situación presentada y decide la acción a implementar	Acciones a implementar (acción correctiva, preventiva, corrección)

No	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	OBSERVACIONES
5	Responsable del proceso	Determinar y ejecutar el plan de acción correspondiente.	
6	Director del Sistema de Gestión de Integrado	Verificar las acciones implementadas y dar un informe del resultado de la verificación.	
7	Director del Sistema de Gestión de Integrado	Firmar el control del producto y/o servicio no conforme.	

Fuente: autora.

Anexos y registros:

- Registro del producto y/p Servicio No Conforme
- Procedimiento para la elaboración y control de documentos.
- Procedimiento para las acciones correctivas y preventivas.
- Procedimiento para auditorías internas.

Procedimiento para auditorías internas

Control de cambios

	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO	**Fecha Aprobación: Mayo del 2016**
	AUDITORIAS INTERNAS	**Versión: 01**
		Código: SGI-P04
		Página

Objetivo. Establecer el procedimiento para realizar las auditorías internas en Cesalud S.A, con el fin de evaluar y verificar que las actividades diarias de calidad, seguridad y salud en el trabajo cumplan con lo planeado según los requisitos de la ISO 9001:2015 y el Decreto 1072: 2015 libro 2 parte 2 título 4to capítulo 6, así como evaluar la eficiencia de los procesos del Sistema de Gestión Integrado.

Alcance. Este procedimiento se aplicará en todos los procesos de Cesalud S.A, identificados en el Sistema de Gestión Integrado.

Soporte normativo y de referencia:

- Norma NTC ISO 9001:2015; Sistema de Gestión de Calidad
- Decreto 1072:2015; Sistema de Gestión de la Salud y Seguridad en el Trabajo.
- Norma NTC ISO 19011:2011; Directrices para la Auditoria de los Sistemas de Gestión.

Responsables:

El Coordinador del Sistema de Gestión Integrado es responsable de preparar el Programa de Auditoria, hacer el Informe consolidado de Auditoria, identificar los responsables de procesos y seleccionar los auditores para monitorear y verificar la eficacia de las acciones correctivas y preventivas.

El responsable del proceso auditado debe analizar las causas y elaborar el Plan de acción de las acciones correctivas y preventivas y designar responsables para ejecutarlas. Los auditados son responsables de entregar la información requerida por los auditores.

Los auditores internos son responsables de cumplir con lo estipulado en este procedimiento, es decir, efectuar desde la planificación de la auditoria hasta el monitoreo para el cierre de las no conformidades detectadas, así como apoyar al auditado para el fortalecimiento del proceso auditado.

Condiciones generales:

Generalidades:

La persona asignada para realizar una auditoría, no debe tener responsabilidad directa sobre el proceso auditado, para asegurar la objetividad de los resultados.

Si se asigna más de un auditor, se debe nombrar un auditor líder.

Se debe establecer un programa de auditorías en donde quede determinado por lo menos una auditoria interna a cada uno de los procesos en el año**.**

Criterios:

El programa de auditoría en Cesalud S.A, se planifica tomando en consideración:

1. El resultado de las últimas auditorías realizadas, (Internas y Externas).
2. El estado de las acciones preventivas y correctivas, teniendo en cuenta el seguimiento a las acciones determinadas con relación a su implementación eficaz.
3. La importancia de los procesos, teniendo en cuenta como mínimo: a) auditoria a procesos estratégicos y de apoyo, y b) auditoria a procesos misionales, los cuales tienen mayor incidencia en el servicio al cliente externo.

Requisitos que debe cumplir un Auditor en Cesalud S.A. La persona encargada de auditar en Cesalud S.A. debe cumplir los siguientes requisitos:

Criterios de Auditor Interno: Ser empleado de Cesalud S.A, tecnólogo o profesional, curso aprobado como auditor interno en ISO 9001. Experiencia mínima una auditoria como observador.

Criterios de Auditor Externo: Profesional Universitario con Diplomado en SGC o curso aprobado en Auditorías Internas en ISO 9001, experiencia mínima dos auditorías.

Definiciones:

Acción Correctiva: Acción tomada para eliminar las causas de una No Conformidad detectada u otra situación indeseable

Acción Preventiva: Acción tomada para eliminar las causas de una No Conformidad potencial u otra situación potencialmente indeseable

Auditado: Organización, o área de la organización, que es auditada.

Auditor: Persona con la competencia para llevar a cabo una auditoria.

Auditoria: Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias de la auditoria y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar la extensión en que se cumplen los criterios de auditoria.

Criterios de auditoria: Conjunto de políticas, procedimientos o requisitos utilizados como Referencia.

Cliente de la auditoria: Organización o persona que solicita una auditoria.

Competencia: Habilidad demostrada para aplicar conocimientos y aptitudes

Conclusiones de la auditoria: Resultado de una auditoria que proporciona el equipo auditor tras considerar los objetivos de la auditoria y todos los hallazgos de la auditoria.

Equipo auditor: Uno o más auditores que llevan a cabo una auditoria.

Evidencia de la auditoria: Registros, declaraciones de hechos o cualquier otra información que son pertinentes para los criterios de auditoria y que son verificables

Hallazgos de la auditoria: Resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoria recopilada frente a los criterios de auditoria

No conformidad: Incumplimiento de un requisito. Para Cesalud S.A son “Oportunidades de Mejoramiento”

Programa de la auditoria: Conjunto de una o más auditorias planificadas para un periodo de tiempo determinado y dirigidas hacia un propósito específico.

Requisito: Necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria

Descripción de actividades:

Tabla 11. Actividades Procedimiento para las Auditorías Internas

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	OBSERVACIONES
1	Director del Sistema de Gestión Integrado	Seleccionar al grupo auditor, conforme a competencias laborales.	Listado auditores con competencias. Pueden ser Auditores Externos
2	Director del Sistema de Gestión Integrado	Proyectar el programa de auditoría y someterlo a revisión y aprobación del Representante de la Alta Dirección	Proyecto Programa de auditoria
3	Director del Sistema de Gestión Integrado	Revisar, ajustar y aprobar el programa de auditoria	Proyecto Programa de auditoría aprobado
4	Director del Sistema de Gestión Integrado	Reunir al grupo auditor para definir lineamientos, directrices, reinducir y entregar las auditorias conforme al programa para su ejecución.	
5	Auditores	Preparar la (s) auditoría (s)	
6	Auditores	Desarrollar la auditoria e informar las conclusiones de la misma al auditado	
7	Auditores	Elaborar y comunicar el informe de auditoría al auditado, verificando la eficacia de acciones correctivas de las no conformidades anteriores, si las hay. ¿Se cumple el Plan de Auditoria?	Informe de auditoria

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	OBSERVACIONES
8	Auditado	Efectuar el plan de acción de las acciones correctivas y preventivas y ejecutarlo, diligenciando los formatos de acciones correctivas y preventivas	Ver procedimiento acciones correctivas y preventivas y registro.
9	Auditores	Efectuar seguimiento y apoyar al auditado hasta el cierre de las no conformidades del proceso auditado, conforme a lo establecido en el registro de acciones correctivas y preventivas	
10	Auditores	Verificar la eficacia de las acciones correctivas tomadas, en la siguiente auditoría	
11	Director del Sistema de Gestión Integrado	Evaluar la competencia de los auditores	
12	Director del Sistema de Gestión Integrado	Preparar informe consolidado de las auditorías internas y efectuar verificación de la eficacia de las acciones desarrolladas	Informe consolidado de auditorías internas

Fuente: autora

Anexos y registros:

- Programa de Auditorías.
- Plan de Auditoria.
- Lista de verificación de Auditorias.
- Informe de Auditoría Interna

- Plan de mejora
- Seguimiento a auditorías
- Procedimiento para el control de no conformidades.
- Procedimiento de acciones correctivas y preventivas

Control de cambios:

Revisión	Fecha	Identificación de los cambios	Modificación
Mayo del 2016	Mayo del 2016	Emisión del Documento.	Creación del Documento

Elaboró, revisó y aprobó

ELABORO	REVISÓ	APROBÓ

Procedimientos acciones correctivas y de mejora

	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO	**Fecha de Emisión Mayo del 2016**
	ACCIONES CORRECTIVAS Y DE MEJORA	**Versión 01**
		Código: SGI-P05
		Página

Objetivo. Establecer las acciones necesarias para eliminar las causas de no conformidades reales o potenciales presentadas en los procesos que conforman el Sistema de Gestión Integrado de Cesalud S.A, así como las acciones de mejora a que haya lugar.

Alcance. Este procedimiento aplica a las novedades y oportunidades de mejoramiento reportadas por los diferentes actores del Sistema de Gestión Integrado de Cesalud S.A.

Soporte normativo y de referencia:

- Norma ISO 9001:2015
- Decreto 1072:2015; Sistema de Gestión de la Salud y Seguridad en el Trabajo.

Norma NTC ISO 19011:2011; Directices para la Auditoria de los Sistemas de Gestión

- Procedimiento para el control de no conformidades.
- Procedimiento para auditorías internas
- Planes de tratamiento de riesgos operacionales.
- Ver nomograma

Responsable: Director QHS.

Condiciones generales: toda persona que esté desarrollando actividades en Cesalud S.A tendrá acceso al formato “Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora”, en copia Física o en medio magnético, a través del cual podrán identificar y desarrollar las acciones correctivas y preventiva que se tengan a bien para eliminar la (s) causa(s) raíz de un problema determinado, así como también las acciones de mejora a que haya lugar, el cual una vez diligenciado y aprobado por el Responsable del proceso como responsable del mismo, debe ser remitido al Director del Sistema de Gestión Integrado para el seguimiento de la eficacia de las acciones propuestas.

Metodología para eliminar la causa raíz de un problema real o potencial:

1. Identificar las operaciones de mejora mediante la siguientes fuentes:

    - El desempeño del proceso.

- Resultados las encuestas de satisfacción de clientes interno o externo que afecte el proceso involucrado.
- Las P.Q.R que se tengan del proceso
- Análisis de riesgos identificados en el proceso.
- Control de producto no conforme.
- Resultado de auditorías internas.
- Resultados de medición de la satisfacción del cliente.
- Seguimiento de los indicadores de gestión.
- Resultados de la revisión gerencial.
- Ejecución de los proyectos.
- Experiencias de proyectos anteriores.
- Autoevaluaciones de proceso.
- Análisis de cliente interno.
- Resultado de evaluaciones de desempeño del personal.
- Experiencias desarrolladas por otras empresas del sector.

2. Identificar las causas del factor más relevante mediante herramientas tales como: Diagrama de Pareto (prioriza actividades), diagrama causa y efecto (identifica causa raíz del problema) o metodología de los 3 porqué.
3. Analizar las posibles actividades que pueda mejorar el proceso estableciendo el plan de acción respectivo.

4. Ejecutar el plan de acción

5. Verificar el cumplimiento y el impacto de las acciones contempladas en el plan de acción mediante el desempeño del indicador.

Definiciones:

Acción Correctiva: Acción tomada para eliminar las causas de una No conformidad detectada u otra situación indeseable**.**

Acción Preventiva: Acción tomada para eliminar las causas de una No conformidad potencial u otra situación potencialmente indeseable

No conformidad: Incumplimiento de un requisito. Para Cesalud S.A son "Oportunidades de Mejoramiento"

Novedad: Evento que surge de la aplicación de un procedimiento, del resultado de un proceso, de una auditoria interna, de los reportes de los clientes, de los proveedores, de las quejas recibidas de los clientes y/o de la revisión gerencial del Sistema.

Requisito: Necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria

Descripción de actividades:

Tabla 12. Actividades Procedimiento para las Acciones Correctivas y de Mejora

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	OBSERVACIONES
1.	Auditor y/o Responsable y colaborador del proceso	Identificar la fuente u origen de la No Conformidad: • Auditoria • Proceso • Autoevaluación • Otro	Utilizar Formato " Acciones correctivas, preventivas y de mejora
2.	Auditor y/o Responsable y colaborador del proceso	Definir si es Acción Correctiva o Preventiva.	Formato Acción correctiva, preventiva y de mejora

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	OBSERVACIONES
3.	Responsable y colaborador del proceso que generó la No conformidad o que fue auditado	Analizar la causa que la Genera, mediante herramientas como Teoría de los 3 porqué o diagrama de Pareto (prioriza actividades y diagrama causa y efecto (identifica la causa raíz del problema) u otra.	Formato Acción correctiva, preventiva y de mejora
4.	Responsable y colaborador del proceso	Realizar Plan de Acción y enviar al director del sistema para su monitoreo y evaluación frente a la eficacia	Formato Acción correctiva, preventiva y de mejora
5.	Responsable del proceso	Aprobar el Plan de Acción propuesto e informa al director del sistema adjuntando copia del plan	Registro de acciones correctivas, preventivas y de mejora
6	Responsable y colaborador del proceso	Ejecutar el Plan de Acción	
7	Auditor y responsable del Proceso	Realizar seguimiento al Plan de Acción hasta que se establezca el cierre de la no conformidad	
8	Responsable del proceso	Para llevar a cabo el Cierre de la(s) No conformidad(es) identificadas, se debe verificar los siguientes criterios:	
		1. ¿Se está cumpliendo el plan de acción?	Verificando que las acciones y actividades propuestas a desarrollar en el plan de acción se hayan llevado a cabo en su totalidad
		2. ¿Se encuentran los registros que evidencian la implementación del plan de acción?	Verificando que el plan de acción se haya cumplido, se deben solicitar las evidencias que permiten

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	OBSERVACIONES
			demostrar la implementación eficaz del plan de acción
		3. ¿Hay ocurrencia repetida de la no conformidad?	Verificando, según la no conformidad detectada, que el problema, inconveniente o falta de cumplimiento de requisitos no se haya presentado nuevamente, ni exista riesgo de que vuelva a ocurrir
		4. ¿Se eliminó la(s) causa(s) raíz de la no conformidad ¿	Verificando cuál era la causa raíz que estaba generando la no conformidad y verificar que realmente ha sido eliminada
		¿Plan de acción es Eficaz?	Si al verificar los 4 criterios anteriores, se determina que se han cumplido, se puede dar cierre eficaz a la no conformidad y de tal manera se considera que las acciones implementadas han sido eficaces, de lo contrario habrá que replantear la causa raíz y el plan de acción
9	Responsable de proceso o Auditor	Realizar Cierre de la No conformidad	Formato Acción Correctiva, Preventiva y de mejora

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	OBSERVACIONES
10	Auditor o Responsable del proceso	Informar sobre el cierre al director del sistema.	

Fuente: autora.

Anexos y registros:

- Formato de Acción Correctiva, preventiva y de mejora

Control de cambios:

Revisión	Fecha	Pagina	Modificación
Mayo del 2016	Mayo del 2016	Todas	Creación del Documento

Elaboró, revisó y aprobó:

ELABORO	REVISÓ	APROBÓ

Procedimiento para la Identificación de Riesgos y Peligros, Valoración de Riesgos y Determinación de Controles.

	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO	**Fecha de Emisión Mayo 2016**
	PROCEDIMIENTO PARA LA IDENTIFICACION DE RIESGOS Y PELIGROS, VALORACION DE RIESGOS Y DETERMINACION DE CONTROLES	**Versión 01**
		Código: SGI-P06
		Página

Objetivo. Definir la metodología para identificar los Peligros y realizar valoración de riesgos de cada una de las áreas y puestos de trabajo de la institución, Con el fin de plantear controles para prevenir accidentes de trabajo, enfermedades laborales, pérdidas materiales y pérdidas operacionales.

Alcance. Este procedimiento inicia con identificación de peligros y termina con consolidado Identificación de peligros, valoración y control de riesgos de todos los cargos (Matriz P&R).y Matriz de riesgo operacional.

Soporte normativo y de referencia:

- Guía Técnica Colombiana GTC 45.
- Guía Administración del Riesgo del (DAFP).
- Norma ISO 9001:2015; Sistema de Gestión de Calidad.
- Decreto 1072:2015; Sistema de Gestión de la Salud y Seguridad en el Trabajo.

Responsable: Director QHS.

Definiciones:

Accidente de trabajo: Suceso repentino que sobreviene por causa u ocasión del trabajo y que produce en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o una invalidez o la muerte; también se considera accidente de trabajo cuando ocurre fuera del lugar del trabajo, bajo órdenes del empleador.

Actividad: Conjunto de acciones que se llevan a cabo dentro de un puesto de trabajo.

Actividad rutinaria: Actividad que forma parte de un proceso de la organización, se ha planificado y estandarizado**.**

Actividad no rutinaria: Actividad que no se ha planificado ni estandarizado dentro de un proceso de la organización o actividad que la organización determine como no rutinaria debido a su baja frecuencia en ejecución.

Análisis del riesgo: Proceso para comprender la naturaleza del riesgo.

Consecuencia: Resultado, en términos de lesión o enfermedad de la materialización de un riesgo expresado cualitativo y cuantitativo.

Competencia: Atributos personales y aptitud demostrada para aplicar conocimientos y habilidades.

COPASST: Comité Paritario de Salud y Seguridad en el Trabajo.

Elementos de protección personal (EPP): Dispositivo que sirve como barrera de protección entre un peligro y una parte del cuerpo de una persona.

Enfermedad: Condición física o mental adversa identificable, que surge o empeora a causa de una actividad laboral o situación relacionada con el trabajo. (NTC-OSHAS 18001).

Enfermedad profesional: Todo estado patológico que sobreviene como consecuencia obligada de la clase de trabajo que desempeña el trabajador o el medio en el que se ha visto obligado a trabajar, bien sea determinado por agentes físicos, químicos o biológicos.

Evaluación higiénica: Medición de los peligros ambientales presentes en el lugar de trabajo para determinar la exposición ocupacional y riesgos para la salud, en comparación con los valores fijados por la autoridad competente.

Evaluación del riesgo: Proceso para determinar el nivel de riesgo asociado al nivel de probabilidad y el nivel de consecuencia.

Exposición: Situación en la cual las personas se encuentra en contacto con los peligros.

Identificación del peligro: Proceso para reconocer el peligro.

Incidente: Evento relacionado con el trabajo en el que ocurrió o pudo haber ocurrido una lesión o una enfermedad o una víctima mortal.

Lugar de trabajo: Espacio físico en el que se realizan actividades relacionadas con el trabajo, bajo control de la organización.

Medidas de control: Medidas implementadas con el fin de minimizar la ocurrencia de incidentes.

Nivel de riesgo: Proceso para determinar el grado de riesgo, asociado al nivel de probabilidad y el nivel consecuencia.

Partes interesadas: Proceso para determinar el grado de riesgo, asociado al nivel de probabilidad y el nivel consecuencia.

Peligro: Es una fuente o situación con potencial de daño en términos de lesión o enfermedad, daño a la propiedad, al ambiente de trabajo o una combinación de estos.

Personal expuesto: Número de personas que están en contacto con el peligro.

Probabilidad: Grado de posibilidad de que ocurra un evento no deseado y producir consecuencias.

Proceso: Conjunto de actividades que interactúan mutuamente y que transforman entradas en salidas.

Riesgo: Combinación de la probabilidad de que ocurra un evento o exposición peligrosa y la severidad de lesión o enfermedad, que puede ser causado por el evento y exposición.

Riesgo aceptable: Riesgo que ha reducido a un nivel que la organización puede tolerar, respecto a sus obligaciones legales y su propia política de seguridad y salud ocupacional.

Riesgo operativo: Son aquellos riesgos originados por fallas o insuficiencias de procesos, personas, sistemas internos, tecnología, y en la presencia de eventos externos imprevistos y que afectan el cumplimiento de los objetivos de la organización.

Valoración del riesgo: Proceso de evaluar unos riesgos que surgen de unos peligros, teniendo en cuenta la suficiencia de los controles existentes y decidir si los riesgos son aceptables o no.

Descripción de actividades:

Metodología para la identificación de riesgos y peligros:

En primer lugar, la identificación de peligros.

La identificación de peligros es responsabilidad de todo el personal ya sea trabajador directo, temporal y/o contratista, se realiza en el formato “Matriz de P&R” de acuerdo a la siguiente metodología de la empresa:

1. Analizar organigrama de la empresa

2. Identificar los puestos de trabajo por cargos y actividades rutinarias y no rutinarias (Manual de responsabilidades, cargos y funciones)

3. Identificar los peligros asociados a cada actividad y posible efecto.

El desarrollo de esta actividad se soporta con entrevistas y observación de tareas. Durante esta etapa se tiene en cuenta:

- El nivel de desarrollo de las personas.
- Experiencia o antigüedad en el cargo.
- Espacio de trabajo disponible.
- Manipulación de herramientas y equipo de trabajo.
- Interacción con organismos externos u otras partes interesadas.
- Manipulación de sustancias químicas.
- Requisitos legales.

Tabla 13 Identificación de peligros

IDENTIFICACION DE PELIGROS EN EL TRABAJO						
Biológico	**Físico**	**Químico**	**Psicosocial**	**Biomecánicos**	**Condiciones de seguridad**	**Fenómenos naturales**

Virus	Ruido (impacto intermitente y continuo)	Polvos orgánicos inorgánicos	Gestión organizacional (estilo de mando, pago, contratación, participación, inducción y capacitación, bienestar social, evaluación del desempeño, manejo de cambios)	Postura (prologada mantenida, forzada, antigravitacionales)	Mecánico (elementos de máquinas, herramientas, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos	Sismo
Bacterias	Iluminación (luz visible por exceso o deficiencia)	Fibras	Características de la organización del trabajo (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la labor	Esfuerzo	Eléctrico (alta y baja tensión, estática)	Terremoto
Hongos	Vibración (cuerpo entero, segmentaria)	Líquidos (nieblas y rocíos)	Características del grupo social del trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo	Movimiento repetitivo	Locativo (almacenamiento, superficies de trabajo (irregularidades, deslizantes, con diferencia del nivel) condiciones de orden y aseo, caídas de objeto)	Vendaval
Ricketsias	Temperaturas extremas (calor y frío)	Gases y vapores	Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc.).	Manipulación manual de cargas	Tecnológico (explosión, fuga, derrame, incendio)	Inundación
Parásitos	Presión atmosférica (normal y ajustada)	Humos metálicos, no metálicos	Interface persona tarea (conocimientos, habilidades con relación a la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la persona con la tarea y la		Accidentes de tránsito	Derrumbe

			organización			
Picaduras	Radiaciones ionizantes (rayos x, gama, beta y alfa)		Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)		Públicos (Robos, atracos, asaltos, atentados, desorden público, etc.)	Precipitaciones, (lluvias, granizadas, heladas)
Mordeduras	Radiaciones no ionizantes (láser, ultravioleta infrarroja)	Material particulado			Trabajo en Alturas	
Fluidos o excrementos					Espacios Confinados	

Fuente: GTC 45:2012 Guía para la identificación de los peligros y la valoración de los riesgos en seguridad y salud ocupacional

En segundo lugar, evaluación de los riesgos:

La evaluación de los riesgos corresponde al proceso de determinar la probabilidad de que ocurran eventos específicos y la magnitud de sus consecuencias, mediante el uso sistemático de la información disponible.

Para evaluar el nivel de riesgo (NR), se deberá determinar lo siguiente:

$$NR = NP \times NC$$

Donde

NP: Nivel de probabilidad

NC: Nivel de consecuencia

Para determinar el NP se requiere:

$$NP = ND \times NE$$

ND: Nivel de deficiencia NE: Nivel de exposición

Para determinar el ND se debe utilizar la siguiente tabla:

Tabla 14. Determinación del nivel de deficiencia

Nivel de Deficiencia	ND	Significado
Muy Alto (MA)	10	Se ha(n) detectado peligro(s) que determina(n) como muy posible la generación de incidentes, o la eficacia del conjunto de medidas preventivas existentes respecto al riesgo es nula o no existe, o ambos.
Alto (A)	6	Se ha(n) detectado algún(os) peligro(s) que pueden dar lugar a consecuencias significativa(s), o la eficacia del conjunto de medidas preventivas existentes es baja, o ambos.
Medio (M)	2	Se han detectado peligros que pueden dar lugar a consecuencias poco significativas (s) o de menor importancia, o la eficacia del conjunto de medidas preventivas existentes es moderada, o ambos.
Bajo (B)	No se asigna valor	No se ha detectado anomalía destacable alguna, o la eficacia del conjunto de medidas preventivas existentes es alta, o ambos. El riesgo está controlado.

Fuente. GTC 45:2012 Guía para la identificación de los peligros y la valoración de los riesgos en seguridad y salud ocupacional

Para determinar el NE se deben aplicar los siguientes criterios:

Tabla 15. Determinación del nivel de exposición

Nivel de exposición	NE	Significado
Continua (EC)	4	La situación de exposición se presenta sin interrupción o varias veces con tiempo prolongado durante la jornada laboral.
Frecuente (EF)	3	La situación de exposición se presenta varias veces durante la jornada laboral por tiempos cortos.
Ocasional (EO)	2	La situación de exposición se presenta alguna vez durante la jornada laboral y por un periodo de tiempo corto.
Esporádica (EE)	1	La situación de exposición se presenta de manera eventual.

Fuente. GTC 45:2012 Guía para la identificación de los peligros y la valoración de los riesgos en seguridad y salud ocupacional

Para determinar el NP se combinan los resultados de las tablas anteriores, en la siguiente tabla:

Tabla 16. Determinación del nivel de probabilidad

Niveles de Probabilidad		Nivel de Exposición (NE)			
		4	**3**	**2**	**1**
Nivel de deficiencia (ND)	**10**	MA – 40	MA – 30	A –20	A - 10
	6	MA – 24	A – 18	A – 12	M - 6
	2	M – 8	M – 6	B - 4	B – 2

Fuente. GTC 45:2012 Guía para la identificación de los peligros y la valoración de los riesgos en seguridad y salud ocupacional

El resultado se interpreta de acuerdo al siguiente cuadro:

Tabla 17. Significado de los diferentes niveles de probabilidad

Nivel de probabilidad	NP	Significado
Muy Alto (MA)	Entre 40 y 24	Situación deficiente con exposición continua, o muy deficiente con exposición frecuente.
		Normalmente la materialización del riesgo ocurre con frecuencia.
Alto (A)	Entre 20 y 10	Situación deficiente con exposición frecuente u ocasional, o bien situación muy deficiente con exposición ocasional o esporádica.
		La materialización del Riesgo es posible que suceda varias veces en la vida laboral
Medio (M)	Entre 8 y 6	Situación deficiente con exposición esporádica, o bien situación mejorable con exposición continuada o frecuente.
		Es posible que suceda el daño alguna vez.
Bajo (B)	Entre 4 y 2	Situación mejorable con exposición ocasional o esporádica, o situación sin anomalía destacable con cualquier nivel de exposición.
		No es esperable que se materialice el riesgo, aunque puede ser concebible.

Fuente. GTC 45:2012 Guía para la identificación de los peligros y la valoración de los riesgos en seguridad y salud ocupacional

A continuación se determina el nivel de consecuencia bajo los siguientes parámetros:

Tabla 18. Determinación del nivel de consecuencias

Nivel de Consecuencias	NC	Significado
		Daños Personales
Mortal o Catastrófico (M)	100	Muerte (s)
Muy grave (MG)	60	Lesiones graves irreparables (Incapacidad permanente parcial o invalidez)
Grave (G)	25	Lesiones con incapacidad laboral temporal (ILT)
Leve (L)	10	Lesiones que no requieren hospitalización

Fuente. GTC 45:2012 Guía para la identificación de los peligros y la valoración de los riesgos en seguridad y salud ocupacional.

Para determinar el Nivel de Riesgo se combinan los resultados de Nivel de Probabilidad y Nivel de Consecuencia

Tabla 19. Determinación del nivel de riesgo

Nivel de riesgo (NR)		Nivel de probabilidad (NP)			
		40-24	**20-10**	**8**	4-2
Nivel de consecuencia (NC)	**100**	**I 4000-**	**I 2000-**	**I 800-**	II 400-
	60	**I 2400-**	**I 1200-**	**II 480-**	II 200 III
	25	**I 1000-**	**II 500-**	**II 200-**	II I
	10	II 400-	II 200 III	I II	III 40 IV

Fuente. GTC 45:2012 Guía para la identificación de los peligros y la valoración de los riesgos en seguridad y salud ocupacional.

Tabla 20. Significado del nivel de riesgo

Nivel de Riesgo y de intervención	NR	Significado
I	4000-600	Situación crítica. Suspender actividades hasta que el riesgo esté bajo control. Intervención urgente.

II	500 – 150	Corregir y adoptar medidas de control de inmediato. Sin embargo suspenda actividades si el nivel de consecuencia está por encima de 60.
III	120 – 40	Mejorar si es posible. Sería conveniente justificar la intervención y su rentabilidad
IV	20	Mantener las medidas de control existentes, pero se deberían n considerar soluciones o mejoras y se deben hacer comprobaciones periódicas para asegurar que el riesgo aún es tolerable.

Fuente. GTC 45:2012 Guía para la identificación de los peligros y la valoración de los riesgos en seguridad y salud ocupacional.

Tercero, determinación de aceptabilidad del riesgo: una vez determinado el nivel de riesgo, debemos decidir cuales riesgos son aceptables y cuáles no. En una evaluación completamente cuantitativa es posible evaluar el riesgo antes de decidir el nivel que se considera aceptable o no aceptable. La organización debe establecer criterios de aceptabilidad para saber cuáles tolera y cuáles no y tener en cuenta a las partes interesadas y la legislación vigente.

Para determinar la aceptabilidad del riesgo se debe tener la cuenta la siguiente tabla:

Tabla 21. Aceptabilidad del riesgo

Nivel de Riesgo	Significado
I	No Aceptable
II	Aceptable
III	Aceptable
IV	Aceptable

Fuente. GTC 45:2012 Guía para la identificación de los peligros y la valoración de los riesgos en seguridad y salud ocupacional.

Cuarto, determinación de control: una vez completada la valoración de los riesgos la debe determinar si los controles existentes son suficientes o necesitan mejorarse, o si se requieren nuevos controles.

Si se requieren determinar controles nuevos o mejorados, siempre que sea viable, se deberían priorizar y determinar de acuerdo con el principio de eliminación de peligros, seguidos por la reducción de riesgos (es decir, reducción de la probabilidad de ocurrencia, o la severidad potencial de la lesión o daño), de acuerdo con la jerarquía de los controles contemplada en la Norma NTC-OHSAS 18001: 2007.

A continuación se presentan ejemplos de implementación de la jerarquía de controles:

- Eliminación: modificar un diseño para eliminar el peligro, por ejemplo, introducir dispositivos mecánicos de alzamiento para eliminar el peligro de manipulación manual.
- Sustitución: reemplazar por un material menos peligroso o reducir la energía del sistema (por ejemplo, reducir la fuerza, el amperaje, la presión, la temperatura, etc.).
- Controles de ingeniería: instalar sistemas de ventilación, protección para las máquinas, enclavamiento, cerramientos acústicos, etc.
- Controles administrativos, señalización, advertencias: instalación de alarmas, procedimientos de seguridad, inspecciones de los equipos, controles de acceso, capacitación del personal.
- Equipos / elementos de protección personal: gafas de seguridad, protección auditiva, máscaras faciales, sistemas de detención de caídas, respiradores y guantes.

Y quinto, revisión Mantenimiento y actualización: La organización debe identificar los peligros y valorar los riesgos periódicamente. La determinación de la frecuencia se puede dar por alguno de los siguientes aspectos:

- La necesidad de determinar si los controles para el riesgo existentes son eficaces y suficientes.

- La necesidad de responder a nuevos peligros.
- La necesidad de responder a cambios que la propia organización ha llevado a cabo.
- La necesidad de responder a retroalimentación de las actividades de seguimiento, investigación de incidentes, situaciones de emergencia o los resultados de las pruebas de los procedimientos de emergencia.
- Cambios en la legislación.
- Factores externos (problemas de salud que se presenten)
- Avances en las tecnologías de control.
- La diversidad cambiante en la fuerza de trabajo, incluido contratista.

Las revisiones periódicas se realizaran cada seis (6) meses.

Metodología para la identificación de Riesgos Operativo:

En primer lugar, identificación del Riesgo: la identificación del riesgo se realiza determinando las causas, con base en los factores internos y/o externos analizados para la empresa (contexto de la organización), y que pueden afectar el logro de los objetivos.

Luego de determinar las causas, se presenta una descripción de cada uno de estos y finalmente los efectos (consecuencias) que traen si se presentan, se establecen controles.

A continuación se establece la siguiente tabla de identificación de riesgo operativo de Cesalud S.A:

Tabla 22. Matriz de Riesgo Operativo

MATRIZ DE RIESGO OPERATIVO				
Proceso	Causas	Riesgo	Descripción de Riesgo	Efectos

Fuente. Guía Administración del Riesgo del (DAFP).

En segundo lugar, análisis del Riesgo Operativo: para el análisis del riesgo se realiza una valoración y priorización cualitativa de los riesgos con base en la información obtenida en el formato de identificación de riesgos con el fin de obtener información para establecer el nivel de riesgo y las acciones que se van a implementar.

Probabilidad: La posibilidad de ocurrencia del riesgo; esta puede ser medida con criterios de frecuencia o teniendo en cuenta la presencia de factores internos y externos que pueden propiciar el riesgo, aunque éste no se haya materializado.

ALTA: es muy factible que el hecho se presente.

MEDIA: es factible que el hecho se presente.

BAJA: es muy poco factible que el hecho se presente.

Impacto: Consecuencias que puede ocasionar a la organización la materialización del riesgo.

ALTO: Si el hecho llegara a presentarse, tendría alto impacto o efecto sobre la institución.

MEDIO: Si el hecho llegara a presentarse tendría medio impacto o efecto en la institución.

BAJO: Si el hecho llegara a presentarse tendría bajo impacto o efecto en la institución.

De acuerdo a los conceptos anteriores los encargados pueden construir sus propias escalas de acuerdo a la naturaleza de la entidad y a las características de los procesos y procedimientos, de forma que estas escalas se ajusten al análisis de los riesgos identificados.

En tercer lugar, determinación del Nivel de Riesgo: la determinación del nivel de riesgo es el resultado de confrontar el impacto y la probabilidad con los controles. Para adelantar esta etapa se deben tener muy claros los puntos de control existentes en los diferentes procesos, los cuales permiten obtener información para efectos de tomar decisiones, estos niveles de riesgo pueden ser:

ALTO: Cuando el riesgo hace altamente vulnerable a la entidad o unidad. (Impacto y probabilidad alta vs controles).

MEDIO: Cuando el riesgo presenta una vulnerabilidad media. (Impacto alto - probabilidad baja o Impacto bajo - probabilidad alta vs controles).

BAJO: Cuando el riesgo presenta vulnerabilidad baja (Impacto y probabilidad baja vs controles).

A cada nivel se le da un valor.

Tabla 23. Matriz Determinación del Riesgo

Determinación del Riesgo		
Calificación	Valor	Riesgo/Nivel
6	3	Alto
4	2	Medio
1	1	Bajo

Fuente. Guía Administración del Riesgo del (DAFP)

En cuarto lugar, Manejo del Riesgo:

1. Consideración de Acciones

Evitar el riesgo: Se logra cuando al interior de los procesos se generan cambios sustanciales por mejoramiento, rediseño o eliminación, resultado de unos adecuados controles y acciones emprendidas. Reducir el riesgo: si el riesgo no puede ser evitado porque crea grandes

dificultades operacionales, el siguiente paso es reducirlo al más bajo nivel posible. Este se consigue mediante la optimización de los procedimientos y la implementación de controles. Transferir el riesgo: Hace referencia a buscar respaldo y compartir con otro parte del riesgo. Así mismo, el riesgo puede ser minimizado compartiéndolo con otro grupo o dependencia. Asumir el riesgo: en este caso el responsable del proceso simplemente acepta la pérdida residual probable y elabora planes de contingencia para su manejo.

2. Implementación de acciones. En esta etapa es fundamental comenzar a ejecutar dichas acciones con el fin de determinar su efectividad en el menor tiempo posible.

3. Monitoreo. Luego de definir el Mapa de Riesgos con sus acciones, responsables, es necesario monitorearlo teniendo en cuenta que estos nunca dejan de representar una amenaza para la organización.

Anexos y registros:

- matriz de identificación de peligros, valoración de riesgos y determinación de controles de seguridad y salud en el trabajo
- Matriz de Riesgos Operacionales

Procedimiento para la Identificación de Requisitos Legales.

	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO	**Fecha de Emisión Mayo del 2016**
	PROCEDIMIENTO PARA LA IDENTIFICACION DE REQUISITOS LEGALES	**Versión 01**
		Código: SGI-P07
		Página

Objetivo. Definir la metodología para identificar, documentar, actualizar, divulgar y evaluar el cumplimiento de los requisitos legales aplicables y de otra índole asumida por la institución.

Alcance. Este procedimiento aplica a los procesos de la empresa Cesalud S.A que exijan la aplicación de requisitos legales, reglamentarios y requisitos de otra índole desde la identificación de la normatividad hasta la evaluación del cumplimiento en materia de calidad, salud y seguridad ocupacional.

Soporte normativo y de referencia:

- Constitución Política de Colombia.
- Normatividad Legal aplicable a nivel nacional, regional, local o institucional.
- Normatividad Legal aplicable a la Salud y Seguridad en el Trabajo.
- NTC-ISO 9001: 2015. Sistema de Gestión Calidad

Responsable del documento: Director QHS.

Condiciones generales:

- La periodicidad para la identificación de los requisitos legales aplicables y la evaluación del cumplimiento legal y otros será como mínimo anualmente.
- Para la Identificación de los requisitos legales y otros aplicables se deberán consultar fuentes de información confiables a nivel nacional, regional, local e institucional.
- Las fuentes que se consideran válidas para consultar y obtener información son, entre otras:

www.presidencia.gov.co

www.congresodelarepublica.gov.co

www.mineducacion.gov.co

www.minsalud.gov.co

www.mintrabajo.gov.co

www.alcaldianeiva.gov.co (Secretaria de Salud Municipal)

Definiciones:

Cumplimiento: Condición de aprobación o desaprobación por medio de valoraciones cualitativas y cuantitativas a partir de parámetros establecidos y que son condiciones dadas en un requisito legal.

Fuentes de Información: Lugar de consulta oficial y confiable establecido para determinar los requisitos legales que aplican a la institución.

Otros requisitos: Compromisos voluntarios adquiridos por la Institución, Guías, proyectos de ley, manuales, procedimientos y demás relacionados directamente con regulaciones en materia de calidad, salud y seguridad en el trabajo.

Requisitos Legales Aplicables: Son las exigencias prescritas en la Constitución Política Nacional, las leyes, los decretos, las resoluciones, las sentencias, los acuerdos, las normas técnicas, políticas adoptadas, licencias, permisos, competentes en lo que se refiere a las actividades de la institución

Descripción de actividades:

Tabla 24 Actividades procedimiento para la identificación de requisitos legales

No	ACTIVIDADES	RESPONSABLE
1	**Revisión:** Realizar la revisión de la normatividad a nivel nacional, regional y local aplicables a la Institución.	Director QHS
2	**Identificación y aplicación:** Una vez identificados los requisitos legales se debe concretar un análisis adecuado al requisito a cumplir aplicándolo a las actividades de la empresa. Se debe incluir estos requisitos legales	Director QHS

	y de otra índole dentro de la "matriz de requisitos legales y otros".	
3	**Comunicación:** Se comunica y se divulga la normatividad de cumplimiento inmediato al personal involucrado o directamente responsable por su cumplimiento y/o a la comunidad de la institución en general.	Director de Talento Humano
4	**Evaluación de Cumplimiento:** Evaluar el cumplimiento de los requisitos legales semestralmente, mediante una valoración cualitativa generada como consecuencia de la revisión de las acciones realizadas en materia de calidad, salud y seguridad ocupacional de la institución. El reporte de dicha valoración deberá estar documentado y disponible para consulta física y magnéticamente, de tal manera que se puedan responder oportunamente los requerimientos realizados por las autoridades competentes. Los resultados de dicha evaluación quedaran en la "Matriz de identificación y evaluación de requisitos legales y de otra índole.	Director QHS
5	**Actualización:** Se tendrán en cuenta las novedades que se presenten en materia normativa, se deberá eliminar aquel requisito legal que haya sido derogado y/o modificar aquel donde se presente el caso, señalando artículos, apartes o parágrafos que hubiesen sido modificados, registrando la fecha de su correspondiente modificación	Director QHS

Fuente: autora.

Anexos y registros:

- Matriz de Requisitos Legal y de otra Índole.

Procedimiento para reporte e investigación de incidentes.

	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO	**Fecha de Emisión Mayo del 2016**
	PROCEDIMIENTO PARA REPORTE E INVESTIGACION DE INCIDENTES	**Versión: 01**
		Código: SGI-P08
		Página

Objetivo. Definir los pasos a seguir ante la ocurrencia de un accidente/ incidente de trabajo, con el objeto de asegurar una adecuada atención del lesionado, diligenciamiento del reporte a la ARL e investigación del evento, con el objeto de identificar las causas básicas generadoras del mismo y las acciones correctivas/ preventivas requeridas para su futuro control

Alcance. El presente procedimiento aplica para todos los accidentes e incidentes de trabajo del personal administrativos y docentes de Cesalud S.A.

Soporte normativo y de referencia:

Resolución 1401 de 2007. Por la cual se reglamenta la investigación de incidentes y accidentes de trabajo.

Responsable: Coordinador QHS.

Condiciones generales:

- Es responsabilidad del empleado reportar los accidentes e incidentes oportunamente a la oficina de Seguridad y Salud Ocupacional de la Institución.
- Después de ocurrido el accidente se cuenta con 2 días hábiles para reportarlo a la institución.
- accidente de trabajo grave y/o mortal: Se debe remitir a la Administradora de Riesgos Profesionales a la que se encuentre afiliado, dentro de los quince (15) días siguientes a la ocurrencia del evento, el informe de investigación del accidente de trabajo mortal y de los accidentes graves definidos en el artículo 3º Resolución 1401 de 2007 . Recibida la investigación por la Administradora de Riesgos Profesionales, está la evaluará,

complementará y emitirá concepto sobre el evento correspondiente, determinando las acciones de prevención que debe implementar el aportante, en un plazo no superior a quince (15) días hábiles. Cuando el accidente de trabajo sea mortal, la Administradora de Riesgos Profesionales remitirá el informe dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la emisión del concepto, junto con la investigación y copia del informe del accidente de trabajo, a la Dirección Territorial de Trabajo o a la Oficina Especial de Trabajo del Ministerio de la Protección Social, según sea el caso, a efecto de que se adelante la correspondiente investigación administrativa laboral y se impongan las sanciones a que hubiere lugar si fuere del caso. (Resolución 1401,2007 pág. 6 y 7)

Definiciones:

Incidente de trabajo: Suceso acaecido en el curso del trabajo o en relación con éste, que tuvo el potencial de ser un accidente, en el que hubo personas involucradas sin que sufrieran lesiones.

Accidente de trabajo: Es accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, aun fuera del lugar y horas de trabajo. Las legislaciones de cada país podrán definir lo que se considere accidente de trabajo respecto al que se produzca durante el traslado de los trabajadores desde su residencia a los lugares de trabajo o viceversa.

Reporte de Accidente de trabajo: Información a la ARL de la ocurrencia de un accidente de trabajo, a través del diligenciamiento y envió “Formato de Reporte de Accidente de Trabajo”

Investigación de accidente / incidente: Proceso sistemático de determinación y ordenación de causas, hechos o situaciones que generaron o favorecieron la ocurrencia del accidente o incidente, que se realiza con el objeto de prevenir su repetición, mediante el control de los riesgos que lo produjeron.

Naturaleza de la lesión: Se denomina por sus principales características físicas. Ejemplos:

amputación, fractura, herida, lumbalgia, quemadura, entre otras. Cuando se presentan lesiones múltiples se debe elegir la lesión más seria, por ejemplo, lesiones múltiples.

Tipo de accidente: Se designa el suceso que directamente produjo la lesión. Entre éstos se encuentran: Golpeado contra o por; caída de un nivel superior o a un mismo nivel; cogido en, debajo o entre; sobreesfuerzo; contacto con, entre otros**.**

Agente de la lesión: Se refiere al objeto, sustancia, exposición, o movimiento del cuerpo que directamente produjo la lesión. Ejemplos: Maquina troqueladora, escalera, caja, sustancias químicas, fuego, etc.

Causas básicas: Causas reales que se manifiestan detrás de los síntomas; razones por las cuales ocurren los actos.

Accidente grave: Aquel que trae como consecuencia amputación de cualquier segmento corporal; fractura de huesos largos (fémur, tibia, peroné, humero, radio y cúbito); trauma craneoencefálico; quemaduras de segundo y tercer grado; lesiones severas de mano, tales como, aplastamiento o quemaduras; lesiones severas de columna vertebral con compromiso de médula espinal; lesiones oculares que comprometan la agudeza o el campo visual o lesiones que comprometan la capacidad auditiva.

Acción Correctiva: Conjunto de acciones tomadas para eliminar las causas de una No Conformidad detectada u otra situación indeseable.

Acción Preventiva: Conjunto de acciones tomadas para eliminar las causas de una No Conformidad potencial u otra situación potencialmente indeseable

No conformidad: Incumplimiento de un requisito

Descripción de actividades:

Tabla 25 Actividades procedimiento para reporte e investigación de incidentes

No	ACTIVIDADES	RESPONSABLES

1	**Se presenta el incidente accidente de trabajo**	N.A
2	**Suministrar la Atención Inmediata al lesionado.** Prestación del servicio de primeros auxilios, de acuerdo con la gravedad de la lesión, la competencia adquirida por la brigada y luego remitir a la IPS, si la lesión lo amerita. Nota: En caso de muerte del lesionado, antes de su traslado a una IPS, reportar a la autoridad competente (Policía, según sea el caso).	Brigadista de primeros auxilios Director QHS
3	**Notificación del incidente accidente de trabajo.** El empleado notifica al Jefe inmediato o al Encargado de Salud Ocupacional del sitio donde se encuentre laborando.	Empleado
4	**Efectuar el reporte físico del Accidente / Incidente de trabajo**. Cuando el evento se trate de un Accidente de Trabajo, se reporta a la línea de la ARL, con el objeto de obtener orientación acerca de qué hacer. Posteriormente, se diligencia el "Formato Reporte de Accidente de Trabajo del empleador o contratante, con base en la información suministrada por el accidentado y los testigos, y se envía a la ARL. Cuando se trate de un Incidente de Trabajo se diligenciará el "Formato de reporte Incidente de trabajo". Este informe de incidente de trabajo se adjuntará al informe de investigación de accidente / incidente.	Director QHS
5	**Conformación de Equipo de Investigación de Accidentes/Incidentes de trabajo.**	

	Se conformará un equipo de investigación integrado por: • Jefe del área donde se presentó el incidente. • Un Representante del COPASST. • Encargado de Salud Ocupacional. Se definen las responsabilidades de cada miembro del equipo investigador. Cuando el Accidente sea Grave, deberá integrarse al equipo un Especialista en Salud Ocupacional con licencia.	Director QHS Directores de Área Afectada
6	**Búsqueda de evidencias.** Ir al sitio de la ocurrencia del evento, con el objeto de buscar evidencias las cuales se puedan registrar en Fotos, Croquis, diagramas, videos, etc. Entrevistar al accidentado, los testigos que presenciaron el evento. Estas evidencias, además de aportar al informe de investigación, deben anexarse al mismo.	Equipo Investigador
7	**Análisis de información y generación del informe** Con base en la información recopilada se busca llegar a las causas que originaron el evento y las acciones correctivas con su respectivo plan de acción, se realiza el informe.	Equipo Investigador
8	**Revisión y ajuste de las matrices de identificación de peligros, valoración de riesgos y determinación de controles.** Con base en los resultados de la investigación del accidente /incidente de trabajo, se deberá revisar la matriz de locaciones y ajustar si es del caso los factores de riesgo que originaron el	Director QHS

	evento, la valoración del riesgo, colocar las acciones correctiva y acciones preventivas.	
9	**Evaluación del Cumplimiento:** Se hace seguimiento para verificar la efectividad en el cumplimiento de las medidas correctivas y preventivas que se tomaron de acuerdo a la investigación sobre el accidente y al desarrollo de las actividades productivas de la institución.	COPASST Director QHS

Fuente: autora.

Anexos y registros:

- Reporte de individual de accidente e incidentes de trabajo.
- Formato entrevista de investigación de accidente e incidentes.
- Informe de accidentes e incidentes de trabajo.
- Formato de Reporte de Accidentes a ARL.

Procedimiento de Selección, Vinculacion, Induccion y Capacitacion del Personal.

	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO	**Fecha de Emisión Mayo del 2016**
	PROCEDIMIENTO PARA LA SELECCIÓN, VINCULACION, INDUCCION Y CAPACITACION DEL PERSONAL.	**Versión: 01**
		Código: SGI P-09
		Página

Objetivo. Definir las actividades y criterios para la selección, vinculación, inducción y capacitación del personal de Cesalud S.A.

Alcance. Inicia desde la selección del empleado, vinculación (la apertura de la historia laboral) y termina y termina con la inducción y capacitación.

Responsable: Director Oficina Talento Humano.

Definiciones:

Vacante: Cargo que permanece libre sin que nadie lo ocupe.

Vinculación Laboral: Hacer contratación adecuada para el personal y la empresa, con la realización de exámenes médicos, capacitaciones según el cargo y firma de contrato.

Inducción: Se hace referencia a las actividades o tareas que debe desempeñar el funcionario en el cargo, así como los procedimientos que debe aplicar en el desempeño del mismo, además hace entrega formal del puesto de trabajo incluyendo el inventario de bienes a su cargo.

Capacitación: La capacitación es un proceso continuo de enseñanza-aprendizaje, mediante el cual se desarrolla las habilidades y destrezas de los empleados, que les permitan un mejor desempeño en sus labores

Prestaciones Sociales: Son beneficios legales que el empleador debe pagar a sus trabajadores adicionalmente al salario ordinario, para atender necesidades o cubrir riesgos originados durante el desarrollo de su actividad laboral

Periodo de prueba: Se entiende por período de prueba el tiempo durante el cual el empleado demostrará su capacidad de adaptación progresiva al cargo para el cual fue nombrado, su eficiencia, competencia, habilidades y aptitudes en el desempeño de las funciones y su integración a la cultura institucional. El período de prueba deberá iniciarse con la inducción en el puesto de trabajo.

Docentes catedra: Los docentes de cátedra son los que se vinculan por contrato para dictar una (1) o más asignaturas en la Institución.

Condiciones generales:

- La vinculación laboral se hace de acuerdo a los lineamientos y políticas Institucionales, se ofrece la vacante y los aspirantes aplican a ella.

- Para la selección del personal se soporta en el Manual de Funciones y Perfiles de cargo.
- La oficina de Talento Humano en conjunto con la Dirección General hace la selección del personal.
- El aspirante seleccionado y vinculado entra en un periodo de prueba de un (1) mes.
- Para la vinculación de docentes se hace por hora catedra.
- El tipo de vinculación para el personal administrativo es contrato a término definido un (1) año.

Descripción de actividades:

Primera actividad: selección y Vinculación personal administrativo.

Tabla 26. Actividades Procedimiento Selección, Vinculación del Personal

No.	ACTIVIDADES	RESPONSABLE
1	**Realizar solicitud de personal:** Se solicita a la Dirección General la vinculación del personal para las vacantes asignadas en cada dependencia**.**	Directores de cada dependencia
2	**Evaluación solicitud:** La dirección general ordena a la dirección del talento humano iniciar proceso	Director General
3	**Verificar vacante y el presupuesto:** Se recibe de la Dirección General la autorización para la vacante y se procede a cubrirla. Se solicita disponibilidad presupuestal.	Director Oficina de Talento Humano Director Oficina Administrativa y financiera
4	**Proponer hojas de vida** Cada área presenta a consideración de la	Directores de cada dependencia

	Dirección General posibles candidatos para ser vinculados.	
5	**Recepción hojas de vida:** Se reciben las hojas de vida de los candidatos con sus respectivos anexos.	Director de Talento Humano
6	**Preselección hojas de vida:** Se verifica si los candidatos cumplen con los requisitos para cada cargo, establecidos en el manual de funciones, y se aplican pruebas psicotécnicas. Los resultados de esta verificación se remiten a la Dirección General.	Director de Talento Humano
7	**Entrevista:** La Dirección General entrevista a cada uno de los preseleccionados para constatar el perfil y las habilidades del aspirante al cargo. Los resultados se envían a la dirección del talento humano, indicando la persona seleccionada**.**	Director General
8	**Aceptación o rechazo de la vacante:** Contestación por medio de carta de la respectiva decisión.	Persona Seleccionada
9	**Elaboración y firma del contrato de trabajo:** Se procede a la elaboración y firma del contrato de trabajo por parte de la persona seleccionada.	Director de Talento Humano Persona Seleccionada
10	**Presentar examen médico de ingreso:** Todo personal vinculado a la institución debe presentar examen médico de ingreso.	Persona Seleccionada

11	**Afiliación a la seguridad social y ARL:** El personal seleccionado debe manifestar la EPS Y AFP a la cual desea afiliarse. Se ingresa la información del personal seleccionado a la página de la ARL para su respectiva afiliación.	Auxiliar Oficina de Talento Humano
12	**Informar vinculación al grupo de salud ocupacional:** Se entrega al grupo toda la información relevante de la persona seleccionada para la vinculación**.**	Auxiliar de Talento Humano
13	**Ingreso de información al sistema de nómina:** Se ingresa toda la información de la persona vinculada al sistema de nómina.	Auxiliar Oficina de Talento Humano
14	**Apertura historia laboral:** Se recepciona toda la documentación de la persona vinculada y se apertura la historia laboral.	Director de Talento Humano

Fuente: autora.

Segunda actividad: inducción y Capacitación del personal administrativo:

Tabla 27. Actividades Procedimiento Inducción y Capacitación del Personal

No.	ACTIVIDADES	RESPONSABLES
1	**Notificar al jefe Inmediato del ingreso del personal nuevo:** Mediante comunicación oficial se informa al jefe inmediato, el personal vinculado que ha sido asignado a esa dependencia, con el objetivo de que reciba la inducción al cargo.	Director Oficina Talento Humano
2	**Inducción al puesto de trabajo:**	

	El jefe inmediato o a quien delegue realiza la inducción al puesto de trabajo, informando al servidor público, las actividades y/o tareas a ejecutar, así como las responsabilidades y procedimientos a su cargo, además hace entrega formal del puesto de trabajo incluyendo el inventario de bienes a su cargo.	Jefe Inmediato
3	**Capacitación sobre las actividades del puesto de trabajo**	Jefe Inmediato
4	**Evaluación de Inducción y Capacitación:** Se evalúa la Inducción y Capacitación con el fin de detectar debilidades y fortalezas, aplicando una encuesta a los participantes. La evaluación se aplica inmediatamente concluye la jornada de Inducción y Capacitación.	Director Oficina Talento Humano

Fuente: autora.

Tercera actividad: vinculación Personal Docente Catedra:

Tabla 28. Actividades Procedimiento Vinculación Personal Docente Catedra

No.	ACTIVIDADES	RESPONSABLES
1	**Necesidad de Personal Docente:** Se crea el cronograma de horas catedra para la contratación de docente.	Director Programa Director Académico
2	**Solicitud Personal Docente:** Se solicita a la Dirección General la contratación de docentes.	Director Académico
3	**Evaluación solicitud** La dirección general ordena a la dirección del talento humano iniciar proceso.	Director General

4	**Verificación Horas Catedra y Presupuesto:** Se recibe de la Dirección General la autorización para las horas catedra y se procede a cubrirla. Se solicita disponibilidad presupuestal.	Director Oficina de Talento Humano Director Oficina Administrativa y financiera
5	**Selección hojas de vida:** Se verifica si los candidatos cumplen con los requisitos para el cargo de docente y se seleccionan los docentes.	Director Oficina de Talento Humano Director Académico
6	**Elaboración y firma del contrato:** Se procede a la elaboración y firma del contrato por parte de la persona seleccionada.	Auxiliar Oficina de Talento Humano Director Oficina de Talento Humano Docente

Fuente: autora.

Anexos y registros:

Manual de funciones y perfiles de cargos de Cesalud S.A.

Contratos de trabajo.

Contratos hora catedra Docente.

Historia laboral

Hojas de vida.

Nomina

Formato solicitud de personal.

Formato entrevista de personal preseleccionado

Formato disponibilidad presupuestal

Formato inducción al cargo

Formato evaluación de la capacitación

Procedimiento para la Comunicación Interna y externa.

	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO	**Fecha de Emisión Mayo del 2016**
	PROCEDIMIENTO PARA LA COMUNICACIÓN INTERNA Y EXTERNA	**Versión: 01**
		Código: SGI-P10
		Página

Objetivo. Establecer los criterios y las responsabilidades para asegurar la correcta comunicación interna del Sistema Integrado en la institución, así como regular y asegurar la comunicación externa entre Cesalud S.A. Y terceros.

Alcance. Aplica a toda la información generada por las actividades de la institución y del Sistema de Gestión Integrado.

Responsable: Director Talento Humano y Director de cada area.

Condiciones generales:

- Las comunicaciones internas de la institucion se presentan en documentos oficiales, y está recogida en la documentación del Sistema de Gestión Integrado. Los responsables de las diferentes áreas de la empresa, informan internamente sobre las actividades de la empresa, con el objetivo de: a) Informa a las partes interesadas del comportamiento de la organización en temas de calidad, seguridad y salud en el trabajo; b) atiende las preocupaciones o dudas sobre las actividades de la organización, productos o servicios de la institución; c) da publicación a la Política Integral, los objetivos del Sistema de Gestión Integrado y mostrar el compromiso de la Dirección; y d) comunica a los interesados las quejas y opiniones sobre actividades de la organización. Los canales de comunicación interna son: a)

reuniones programadas, b) publicaciones, carteles y notas, y c) red interna de mensajes y Correo electrónico dentro de la empresa, pagina Web.

- La comunicación externa: Se considera comunicación externa: a) clientes, b) proveedores, y c) contratistas. Todas de las comunicaciones externas se remiten a cada área responsable del tema específico y se procede a dar respuesta. Se consideran dar respuesta a comunicaciones relevantes como: a) quejas o reclamos; b) inspecciones de la Administración; y c) posibles No conformidades del Sistema.

Definiciones:

Comunicación: Transmisión de señales mediante un código común al emisor y al receptor.

Comunicación Interna: Es la comunicación dirigida al cliente interno, es decir al trabajador.

Comunicación Externa: Es el conjumto de operaciones de comunicación destinada a los publicos externos de una empresa o institucion.

Medios de Comunicación: son los instrumentos los cuales son utilizados para informar y comunicar de forma masiva; son la manera como las personas, los miembros de una sociedad o de una comunidad se enteran de lo que sucede a su alrededor.

Partes Interesadas: Es toda persona o grupo que se vea afectado o involucrado en el desempeño de una organización.

Descripcion de actividades:

Tabla 29. Actividades Procedimiento para las comunicaciones internas

No	ACTIVIDADES	RESPONSABLES
1	**Definir la informacion:** Se define las actividades internas o informacion a comunicar	Responsable de cada area.

2	**Definir receptores de la informacion:** Se define a quien va dirigida la informacion.	Responsable de cada area
3	**Transmitir la informacion:** Se define uno los canales de comunicación para informar.	Responsable de cada area

Fuente: autora.

Tabla 30. Actividades Procedimiento para las comunicaciones externas

No	ACTIVIDADES	RESPONSABLES
1	**Receptores de la informacion**: Todo trabajdor sin importar el nivel de cargo puede recepcionar informacion externa la cual es importante para el desarrollo de las actividades de la organización como por ejemplo: • Sugerencias, quejas o reclamos. • Inspecciones • Normatividad y comunicaciones.	Responsable de cada area.
2	**Tratamiento y Respuesta:** Una vez recibida la información debe ser ingresada al sistema y se direcciona al área correspondiente para resolver las inquietudes y dar respuesta a lo solicitado.	Responsable de cada area

Fuente: autora.

Anexos y registros:

- Formato registro de comunicación externa.
- Formato entrega de correspondencia.
- Formato para la comunicación interna.

Procedimiento para el Plan de Emergencias

En las actividades cotidianas de cualquier institución, se pueden presentar situaciones o amenazas que afectan de manera repentina el normal desarrollo de la misma; estas amenazas pueden ser de diferente origen como son: las amenazas naturales (vendavales, inundaciones, sismos, tormentas eléctricas, y algunos otros), amenazas tecnológicas (incendios, explosiones, derrames de combustibles, fallas eléctricas, fallas estructurales, entre otras) y amenazas Sociales (atentados, vandalismo, terrorismos, amenazas de diferente índole y otras acciones). Lo anterior muestra la variedad de emergencias que en cualquier momento pueden afectar de manera individual o colectiva el cotidiano vivir con resultados como lesiones o muertes, daño a bienes, afectación del ambiente, alteración del funcionamiento y pérdidas económicas.

Para atender estas situaciones se elaboró el procedimiento para actuar en caso de emergencias desastre o amenaza colectiva. (Ver Anexo 8).

Matrices

Matriz para la identificación de peligros, valoración de riesgos y determinación de controles operacionales.

Para la elaboración de la matriz de identificación de peligros SG-SST y riegos de calidad, nos apoyamos en los factores internos y externos que puede afectar el desarrollo de las actividades de la organización y la conformidad de los requisitos del Sistema de Gestión Integrado.

Se identificó cada peligro, los riesgos con sus respectivos efectos e impactos, seguidamente se valoraron los riesgos y se determinaron los controles respectivos para cada uno de estos. (Ver Anexo 9).

Para los peligros y riesgos de SG-SST cuya valoración se ve reflejada en la matriz P&R se elaboran los siguientes programas para controlar, evitar y mitigar las consecuencias e impactos logrando un buen desempeño del sistema de gestión integrado (Ver Anexo 10).

Matriz de Riesgo operacional. (Ver Anexo 12). Este tipo de matriz permite identificar el riesgo operacional con el riesgo – es decir, viabilidad e impacto – y la exposición a ese riesgo operacional. La idea que permite un acercamiento a la matriz de riesgo es comprender que el riesgo operacional consiste en el riesgo de sufrir pérdidas por inadecuación o por fallos en los procesos, personal y sistemas internos o por sucesos externos.

Matriz de Requisitos Legales y de otra Índole. (Ver Anexo No 13). Es un documento con la informacion sobre normas relacionadas con el sistema de gestión y salud y seguridad en el trabajo y que laempresa debe cumplir. Una matriz de este tipo hace referencia hacia las actividades específicas de la empresa. La finalidad de la matriz de requisitos legales es verificar y evidenciar las mejoras que una organización hace para certificar el cumplimiento de la normatividad respectiva.

Referencias

Colombia. Presidencia de la República. (2015). Decreto 1072. Bogotá: pdf.

Icontec. (2015). NTC ISO 9001. Bogotá: pdf.

Mateo, Rafael José. Sistemas de gestión de la calidad. Disponible en: http://www.gestiopolis.com/sistemas-gestion-calidad/

Ministerio de la protección social. (2007). Resolución 1401. Bogotá: pdf.

Valdés Herrera, Clemente. (2010). Enfoque basado en procesos. Disponible en: http://www.gestiopolis.com/enfoque-basado-procesos/

Anexos

Anexo 1. Caracterización gestión estratégica

<table>
<tr><td colspan="2" rowspan="4"></td><td colspan="3">CENTRO EMPRESARIAL EN SALUD CESALUD S.A</td><td>FECHA DE EMISIÓN Mayo 2016</td></tr>
<tr><td colspan="3">MACROPROCESO: ESTRATEGICO</td><td>VERSIÓN : 01</td></tr>
<tr><td colspan="3" rowspan="2">CARACTERIZACIÓN PROCESO: GESTION ESTRATEGICA</td><td>CODIGO: E-GE-C-01</td></tr>
<tr><td>PAGINA:</td></tr>
<tr><td colspan="6">RESPONSABLE : Dirección General</td></tr>
<tr><td colspan="4" rowspan="2">OBJETIVO: Definir el plan estratégico para la vigencia, los planes de acción y proyectos necesarios para el mejoramiento de la institución, haciendo seguimiento mediante las actividades de medición, registro y análisis de indicadores.</td><td colspan="2">ALCANCE. Se inicia desde el diagnostico, continua elaboración y aprobación del plan estratégico; hasta, seguimiento y control del cumplimiento de los mismos.</td></tr>
<tr><td colspan="2">INICIO: Plan estratégico del periodo.
FIN: Evaluación de cumplimiento.</td></tr>
<tr><td>PROVEEDOR</td><td>INSUMOS DEL PROCESO</td><td colspan="2">ACTIVIDADES CICLO (P.H.V.A.)</td><td>SALIDAS</td><td>USUARIO</td></tr>
</table>

Interno	*DOFA de la organización. * Planes Estratégicos, * Planes de acción e indicadores de gestión del periodo anterior, * Información de Rendimiento Informe de Intereses de las partes involucradas. * Informes de resultados. * Resultados de auditorías. *Informe Estado de acciones correctivas y preventivas. * Talento humano capacitado. *Adquisición bienes y recursos Logísticos	1. Análisis Estratégico. 2. Determinación de DOFA. 3. Determinación de Riesgo Operacionales. 4. Formulación de Plan Estratégico, Acción y Proyectos. 5. Definición de Indicadores.	P	V	1. Reuniones de Evaluación semestrales 2. Rendición de cuentas. 3. Auditorías Internas y Externas. 3. Revisión de Indicadores.	*Plan Estratégico. * Planes de Acción y proyectos. *Documentación de procesos. *Indicadores de Gestión.	*Gobierno *Organismos de Control y Vigilancia *Alta Gerencia *Todos los procesos institucionales *Docentes *Estudiantes *Comunidad.

Externo	Requisitos legales y reglamentarios.	1. Divulgación del Plan Estratégico. 2. Asignación de Recursos. 3. Ejecución de las actividades a desarrollar.		H	A	Tomar acciones correctivas, preventivas y de mejora	
RECURSOS						**PROCEDIMIENTOS DE SOPORTE CON QUE SE RELACIONA**	**REQUISITOS**
HUMANOS	FISICOS	TECNOLOGICOS	PRESUPUESTO				
Funcionarios	Espacios adecuados para jornadas de trabajo, Equipos de oficina	Equipos de cómputo. (Software especializados y hardware actualizados); Red y Pagina Web	Presupuesto de Funcionamiento			Procedimiento para la Construcción, implementación y Evaluación del Plan. Procedimiento para la Revisión por la Dirección.	**Organización:** Política y objetivos de la empresa. **Normatividad Legal Vigente Norma NTC ISO** 9001:2015: 4.4.1 / 5.1.1 / 5.1.2 / 5.3 / 6 / 6.1 / 6.2 / 6.3 / 7.1.1 / 7.4 / 7.5 / 8.1 / 8.5 / 8.7 / 9 / 9.1 / 9.1.2 / 9.1.3 / 9.2 / 9.2.1 / 9.2.2 / 9.3 / 9.3.1 / 9.3.3 / 10 / 10.1 / 10.2 / 10.2.1 /

					10.2.2 / 10.3.

PARAMETROS DE MEDICION		
TIPO DEL INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA
EFICACIA	Cumplimiento del Plan Estratégico	Acciones Ejecutadas/Acciones Presupuestadas
DOCUMENTOS	**REGISTROS**	**RIESGOS**
* Plan Educativo Institucional. * Plan de Acción * Planes de Mejoramiento. * Procedimientos. * Normas y Requisitos Legales.	Auto-Evaluación Institucional. Seguimiento PEI	Remitirse a los Mapas de riesgos operacionales de la entidad

ELABORO:	**APROBO:**	**REVISO:**

Anexo 2. Caracterización procesos gestión integrada

	CENTRO EMPRESARIAL EN SALUD CESALUD S.A	**FECHA DE EMISIÓN Mayo 2016**
	MACROPROCESO: ESTRATEGICO	**VERSIÓN : 01**
	CARACTERIZACIÓN PROCESO: GESTION INTEGRADA	**CODIGO: E-SGI-C-01**
		PAGINA:

RESPONSABLE : Dirección QHS

OBJETIVO: Establecer, implementar y mantener el Sistema Integrado de Gestión de la Institución, como una herramienta de gestión, para el logro de los objetivos institucionales promoviendo la mejora continua en los procesos.	ALCANCE. Los lineamientos del Sistema Integrado de Gestión - QHS aplican todas las actividades ejecutadas por personal directo e indirecto, instalaciones y servicios de la organización.
	INICIO: Desde la planeación inicial del Sistema Integrado de Gestión FIN: Hasta el seguimiento y revisión del mismo.

PROVEEDOR	INSUMOS DEL PROCESO	ACTIVIDADES CICLO (P.H.V.A.)	SALIDAS	USUARIO

Interno	*Plataforma estratégica (Misión, visión, política de gestión) * Retroalimentación del seguimiento de los indicadores de gestión. *Personal competente • Manual de Responsabilidades • Programas de formación • Evaluación de desempeño *Presupuesto * Productos o servicios para la gestión del proceso. * Proveedores Evaluados y Seleccionados. *Documentación para verificación y validación por el sistema. * Resultados de Auditorías internas - externas, auditorias de cliente. * Informe de Satisfacción del Cliente,	1. Definir y/o actualizar las matrices (identificación de peligros, evaluación y control de riesgos, matriz de requisitos legales de QHS, matriz de riego operacional). 2. Objetivos y metas, programas de gestión. 3. Definir programa anual QHS 4. Definir presupuestos QHS 5. Definición y campañas relacionadas con QHS. 6. Definir Estructura del Sistema QHS. 7. programas de auditorías internas y externas	P	V	1. Seguimiento a las matrices del sistema de gestión. 2. Cumplimiento de programa de auditorías. 3. Cumplimiento de indicador del proceso QHS. 4. Seguimiento al resultado de programa de inspecciones. 5. Verificar estadísticas y comportamiento de la incidentalidad y la eficacia de los planes de acción. 6. Seguimiento a la evaluación de desempeño QHS de personal. 7. Seguimiento al resultado de las auditorías. 8. Seguimiento Acciones correctivas, preventivas y otras. 9. Seguimiento ejecución presupuestal de QHS. 10. Verificar al cierre, eventos de incidentalidad y eficacia de sus controles	Conformidad y cumplimiento con los requisitos * Cumplimento de legislación y normatividad vigente QHS. * Resultados de Indicadores *Recomendaciones de mejora * Informes de gestión. Resultados de Auditorías internas - externas * Estadísticas de Accidentalidad, * Reporte de Inspecciones. * Información de resultados de la revisión por la dirección. * Necesidades de personal competente. • Necesidades de formación. • Necesidades de asignación de	* Alta Gerencia *Todos los Procesos *Gobierno Nacional *Estudiantes *Comunidad *Contratistas

	* Estado de Acciones correctiva - Acciones preventivas. * Información de resultados de la revisión por la dirección. * Solicitud Programa de Capacitación QHS y cumplimiento de Políticas internas. * Afiliaciones EPS y ARL. * Exámenes Médicos Ingreso, periódico y Retiro. * Reportes ARL de los Accidentes de Trabajo. * Reporte de Novedades y siniestros. * Cumplimiento de programas, directrices documentales. * Requisitos contractuales QHS. * Análisis servicio no conforme.					responsabilidades y funciones * Evaluación de desempeño * Necesidades de recursos * Reporte de gastos * Presupuesto Ejecutado * Cumplimiento de programas, y directrices documentales. * Elaboración de los reportes a la ARL. * Programas, documentos, lineamientos del SIG. * Informe de Satisfacción del Cliente. * Estado de inspecciones. * Estado de Acciones correctivas - acciones preventivas.	

		1. Elaborar, modificar y eliminar documentos del SGI. 2. Realizar Auditorías Internas. 3. Detectar cambios que afectan el QHS y realizar recomendaciones para la mejora. 4. Implementar acciones correctivas y preventivas generadas por la organización.			1. Tomar acciones correctivas y de mejora continua del Proceso de QHS,		

Externo	* Normatividad y legislación vigente QHS * Requisitos de conformidad * Requerimientos contractuales QHS	5. Recopilar datos de indicadores del sistema QHS. 6. Recopilar información retroalimentación del cliente. 7. Ejecutar la investigación de accidentes, incidentes QHS. 8. Realizar la inducción y/o re inducción QHS al personal nuevo. 9. Reportar, analizar y tratar los incidentes. 10. Soporte en cumplimiento de requerimientos de QHS con los clientes, legislación, investigación de incidentes, planes de emergencia. 11. Respuesta inmediata a accidentes y coordinación de atención medica 12. Coordinar la realización de exámenes médicos ocupacionales periódicos 13. Realizar inspecciones relacionadas con salud ocupacional e higiene industrial 14. Apoyar las actividades relacionadas con la gestión del Copasst. 15. Realizar evaluaciones higiénicas.	H	A	sobre las actividades no llevadas a cabo o que no han logrado el objetivo establecido. 2. Gestión de mejoramiento a partir de análisis de datos, resultados de auditorías internas/externas, acciones correctivas/preventivas ò de mejora, análisis de los objetivos del proceso.		
RECURSOS					**PROCEDIMIENTOS DE SOPORTE CON QUE SE RELACIONA**		**REQUISITOS**
HUMANOS	FISICOS	TECNOLOGICOS	PRESUPUESTO		Procedimiento para el Control de		**Organización:**

Funcionarios	Espacios adecuados para jornadas de trabajo, Equipos de oficina	Equipos de cómputo. (Software especializados y hardware actualizados); Red y Pagina Web	Presupuesto de Funcionamiento	Documentos Procedimiento para el Control de Registros Procedimiento para el Control de Producto y/o servicio no Conforme Procedimiento para Auditorías Internas Procedimientos Acciones Correctivas y de Mejora Procedimiento para la Identificación de Riesgos y Peligros, Valoración de Riesgos y Determinación de Controles. Procedimiento para la Identificación de Requisitos Legales. Procedimiento para Reporte e Investigación de Incidentes Procedimiento de Selección, Vinculación, Inducción y Capacitación del Personal. Procedimiento para la Comunicación Interna y Externa Procedimiento para el Plan de Emergencias	Política y objetivos de la empresa. **Normatividad Legal Vigente Norma NTC ISO** 9001:2015: 4.4.1 / 7.5 / 7.5.1 / 7.5.2 / 7.5.3 / 7.5.3.1 / 7.5.3.2 / 9.1.2 / 9.1.3 / 9.2 / 9.2.1 / 9.2.2 / 10 / 10.2 / 10.3. **Decreto 1072:2015**: artículos: 2.2.4.6.4 / 2.2.4.6.11 / 2.2.4.6.12 / 2.2.4.6.13 / 2.2.4.6.14 / 2.2.4.6.15 / 2.2.4.6.19 / 2.2.4.6.23 / 2.2.4.6.24 / 2.2.4.6.25 / 2.2.4.6.29. / 2.2.4.6.31 / 2.2.4.6.32 /

					2.2.4.6.33 / 2.2.4.6.33 / 2.2.4.6.34.

PARAMETROS DE MEDICION		
TIPO DEL INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA
CUMPLIMIENTO	Cumplimiento del Plan Estratégico	Acciones Ejecutadas/Acciones Presupuestadas
EFICACIA	Deserción Estudiantil	Total No. de estudiantes que abandonan la institución por dos o más periodos / Total estudiantes activos*100
EFECTIVIDAD	Porcentaje de satisfacción de los usuarios con el servicio de inscripción.	Total No. Inscripciones Satisfactorias / Total No. De Inscripciones *100
EFECTIVIDAD	Porcentaje de Satisfacción de los usuarios con el servicio de expedición de certificados.	Total No. Solicitudes satisfechas / Total No. de Certificaciones Expedidas *100
EFICACIA	Porcentaje Beneficiarios de Proyección Social	No. Total Beneficiarios/ No. Total Beneficiarios Programados por año * 100
EFICACIA	Porcentaje Proyectos Desarrollados	No. Total de Proyectos Aprobados/ No. Proyectos Presentados * 100
EFICACIA	Competencia del Personal	No. de funcionarios evaluados que obtuvieron resultado mayor o igual a “satisfactorio” en la evaluación del desempeño / Total funcionarios evaluados * 100

EFICACIA	Eficacia del Programa de Capacitación	No. de capacitaciones del programa de capacitación / total de capacitaciones aplicadas del programa de capacitación.* 100
CUMPLIMIENTO	Cumplimiento a la Ejecución del Presupuesto	Presupuesto Ejecutado / Presupuesto Planeado * 100
CUMPLIMIENTO	Recaudo de Cartera Créditos Educativos	Numero de Pagares Recaudados / Numero de Pagares * 100
EFICACIA	Tasa de Accidentalidad	No. AT / No. promedio trabajadores
EFICACIA	Índice de Frecuencia AT	No. Total de AT / No. HHT año / * 1.000.000
EFICACIA	Índice de Frecuencia AT Incapacitantes	No. AT con incapacidad en el año / No.HHT año *1.000.000
EFICACIA	Índice de Severidad AT	No. días perdidos por AT en el año / No. HHT año* 1.000.000
EFICACIA	Ausentismo por EL	No. Días perdidos por EL mes / No. HHT mes *K1
EFICACIA	Ausentismo por AT	No. Horas perdidos por AT mes/ No. HHT mes * K1

CUMPLIMIENTO	Cumplimiento de actividades salud y seguridad ocupacional	Nº de actividades ejecutadas * 100/ Nº de actividades planeadas.
DOCUMENTOS	**REGISTROS**	**RIESGOS**
*Manual de funciones y perfiles de cargos de Cesalud S.A. *Contratos de trabajo. *Contratos hora catedra Docente. *Historia laboral *Hojas de vida. *Nomina *Matriz P&R *Matriz de riesgo operacional *Matriz Legal *Programa de auditoria *Plan de auditoria *Informe de auditoría *Plan anual de capacitación *Informe de las condiciones de salud de los trabajadores *Informe de accidentes e incidentes de trabajo. *Informe de Gestión del sistema.	*Solicitud de elaboración, modificación o eliminación de documentos *Control Copia de documentos *Registro del producto y/p Servicio No Conforme *Lista de verificación de Auditorias. *Seguimiento a auditorías *Formato de Acción Correctiva, preventiva y de mejora *Formato solicitud de personal. *Formato entrevista de personal preseleccionado *Formato disponibilidad presupuestal *Formato inducción al cargo *Formato evaluación de la capacitación *Reporte de individual de accidente e incidentes de trabajo. *Formato entrevista de investigación de accidente e incidentes. *Formato de Reporte de Accidentes a ARL. *Formato de inspecciones a instalaciones y, maquinaria y equipos *Formato registro de comunicación externa.	Remitirse a los Mapas de riesgos operacional de la entidad

	*Formato entrega de correspondencia. *Formato para la comunicación interna.	

ELABORO:	**APROBO:**	**REVISO:**

Anexo 3. Caracterización gestión académica

	CENTRO EMPRESARIAL EN SALUD CESALUD S.A	**FECHA DE EMISIÓN Mayo 2016**
	MACROPROCESO: MISIONAL	**VERSIÓN : 01**
	CARACTERIZACIÓN PROCESO: GESTION ACADEMICA	**CODIGO: M-GA -C-01**
		PAGINA:

RESPONSABLE : Director Académico

OBJETIVO: Impartir conocimientos y competencias laborales a los alumnos a partir de estrategias, técnicas y metodologías que garanticen la calidad y pertinencia de los diferentes programas que oferta la institución.	ALCANCE: Aplica para todas las actividades que se desarrollan en el proceso. INICIO: Inicia con el diseño del Plan de Estudios FIN : Termina con la Promoción Estudiantes

PROVEEDOR	**INSUMOS DEL PROCESO**	**ACTIVIDADES CICLO (P.H.V.A.)**	**SALIDAS**	**USUARIO**

Interno	*Lineamientos directrices y políticas institucionales * Acuerdos académicos *Normatividad interna * PEI *Diseño curricular *Cronograma Académico *Planilla de seguimiento a estudiantes *Solicitudes, requerimientos y atención a los usuarios, estudiantes y docentes *Necesidades de recurso(Talento humano) *Criterios para la prestación del servicio *Informe académico por periodo *Manual de convivencia * Caracterización del proceso *Informe de evaluaciones curriculares por periodo *Informes de indicadores de	1. Establecer y actualizar el plan de estudios de acuerdo al Diseño Curricular. 2. Establecer el Cronograma Académico de la institución teniendo en cuenta la normativa aplicable y las horas de clase. 3. Establecer políticas institucionales relacionadas con las estrategias para las tareas escolares, el uso de los recursos para el aprendizaje y el uso de los tiempos para el aprendizaje.	P	V	1. Hacer seguimiento a los resultados académicos de los estudiantes. 2. Realizar seguimiento al producto no conforme. 3. Atender peticiones, quejas y reclamos. 4. Seguimiento al proceso 5. Seguimiento de indicadores de gestión e informes de Gestión	*Revisión al cumplimiento de directrices y políticas institucionales. * Normatividad legal e interna. *Revisión del componente del plan de estudios. *Mallas curriculares actualizados *Cronograma académico *Asignación académica *Semanario pedagógico *Registro de notas a los estudiantes *Registro planilla seguimiento estudiante *Registro informe de calificaciones * Acta de	*Gobierno *Organismos de Control y Vigilancia *Alta Gerencia *Todos los procesos institucionales *Docentes *Estudiantes *Comunidad.

	gestión de periodos anteriores. *Informes de gestión de periodos anteriores					promoción y evaluación *Observadores de grupo *Informe de atención de quejas y reclamos. *Informe de actividades académicas *Informe de seguimiento y control al Proceso de Gestión Académica *Informe de Indicadores de gestión *Informe de gestión *Planes de mejora	
Externo	* Normatividad legal y Reglamentaria	1. Desarrollar prácticas pedagógicas (actividades de enseñanza, aprendizaje-evaluación) de acuerdo al plan de estudios, haciendo seguimiento a la asistencia de estudiantes. 2. Evaluar a los estudiantes de acuerdo con las competencias establecidas en el Plan de Estudios. 3. Registrar en el sistema las notas de los estudiantes. 4. Coordinar la ejecución colectiva del Proyecto Educativo Institucional. 5. Atención a los estudiantes, docentes y padres de familia.	H	A	Tomar acciones correctivas, preventivas y de mejora		

RECURSOS				**PROCEDIMIENTOS DE SOPORTE CON QUE SE RELACIONA**	**REQUISITOS**
HUMANOS	FISICOS	TECNOLOGICOS	PRESUPUESTO	Procedimiento para la Planeación, Diseño y Desarrollo Curricular Procedimiento para la Gestión en el Aula. Procedimiento para Convenios Docencia-Servicio.	**Organización:** Política y objetivos de la empresa. **Normatividad Legal Vigente Norma NTC ISO** 9001:2015: 4.4.1 / 5.1.2 / 6.1.2 / 7.1.4 / 8.1 / 8.2 / 8.3 / 8.5.1 / 8.5.2 / 8.5.3 / 8.5.4 / 8.5.6 / 8.7 / 9.1.1 / 9.1.2 / 9.1.3 / 9.2 /10.
Funcionarios	Espacios adecuados para jornadas de trabajo, Equipos de oficina	Equipos de cómputo. (Software especializados y hardware actualizados); Red y Pagina Web	Presupuesto de Funcionamiento		

PARAMETROS DE MEDICION		
TIPO DEL INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA
EFICACIA	Deserción Estudiantil	Total No. de estudiantes que abandonan la institución por dos o más periodos / Total estudiantes activos*100
DOCUMENTOS	**REGISTROS**	**RIESGOS**
*Proyecto Educativo Institucional (PEI). *Reglamento estudiantil.	*Formato para elaborar plan de trabajo por asignatura. *Formato planilla de notas de	

*Creación del Programa. *Estudio de Factibilidad y *Necesidades del Entorno. *Modelo Pedagógico Institucional. *Autoevaluación Institucional. *Convenio Práctica Formativa. *Normatividad Legal y *Reglamentaria	estudiantes. *Formato Plan de Trabajo Docente. *Formato Informe de Practica *Formato Evaluación Practicas	Remitirse a los Mapas de riesgos operacional de la entidad

ELABORO:	**APROBO:**	**REVISO:**

Anexo 4. Caracterización gestión proyección social

	CENTRO EMPRESARIAL EN SALUD CESALUD S.A	**FECHA DE EMISIÓN Mayo 2016**
	MACROPROCESO: MISIONAL	**VERSIÓN : 01**
	CARACTERIZACIÓN PROCESO: GESTION EN PROYECCION SOCIAL	**CODIGO: M-PS -C-01**
		PAGINA:

RESPONSABLE : Director Académico

OBJETIVO: Promover la vinculación de Cesalud S.A. con el entorno a través de planes, programas y proyectos de investigación y proyectos especiales.	ALCANCE: Aplica a todas las actividades vinculadas a la Proyección Social de Cesalud S.A.
	INICIO: Inicia desde la gestión de programas, planes y proyectos FIN: Termina con la ejecución y evaluación de los mismos.

PROVEEDOR	INSUMOS DEL PROCESO	ACTIVIDADES CICLO (P.H.V.A.)	SALIDAS	USUARIO

Interno	*Lineamientos directrices y políticas institucionales * Acuerdos académicos *Normatividad interna * PEI * Campaña publicitaria. * Plan de actividades. * Necesidades de estudiantes. *Necesidades de recurso (Talento humano) *Criterios para la prestación del servicio. *Informes de indicadores de gestión de periodos anteriores. *Informes de gestión de periodos anteriores.	1. Elaboración de programas, planes, proyectos de investigación y proyectos especiales. 2. Definir reglamentación asociada al proceso de proyección social. 3. Programar la oferta de proyectos especiales (cursos y diplomados). 4. Diseñar estrategias para divulgar productos y servicios de la institución. 5. Programar actividades de bienestar universitario.	P	V	1. Seguimiento a los planes, programas y proyectos. 2. Seguimiento al proceso 3. Seguimiento de indicadores de gestión e informes de Gestión	* Revisión al cumplimiento de directrices y políticas institucionales. *Cumplimiento Normatividad legal e interna. *Planes de acción *Proyectos de investigación *Portafolio de proyección social * Base de datos *Convenios *Portafolio de bienestar universitario *Informe de cursos ofertados *Informes de prácticas * Informes de trabajo comunitario. *Informe de seguimiento y control al Proceso de Gestión	*Gobierno *Alta Gerencia *Todos los procesos institucionales *Docentes *Estudiantes *Comunidad.

						proyección social. *Informe de Indicadores de gestión *Informe de gestión *Planes de mejora	
Externo	*convocatorias * Convenios *Necesidades de la Comunidad. * Normatividad legal y Reglamentaria	1. Ejecución de programas, planes, proyectos de investigación. 2. Acompañamiento de las prácticas formativas. 3. Asesorar y avalar la presentación de proyectos y propuestas ante convocatorias referentes a la proyección social. 4. Ejecución de Proyectos especiales (cursos y diplomados). 5. Ejecutar actividades relacionadas con el emprendimiento e interacción con la comunidad. 6. Ejecutar actividades referentes al bienestar estudiantil.	H	A	Tomar acciones correctivas, preventivas y de mejora		

RECURSOS				**PROCEDIMIENTOS DE SOPORTE CON QUE SE RELACIONA**	**REQUISITOS**
HUMANOS	FISICOS	TECNOLOGICOS	PRESUPUESTO	Procedimiento para Trabajo Comunitario Procedimiento para proyectos de investigación Procedimiento para Bienestar Universitario	**Organización:** Política y objetivos de la empresa. **Normatividad Legal Vigente Norma NTC ISO** 9001:2015: 5.1.2 / 7.1.4 / 7.5.3.2 / 8.1 / 8.2 / 8.3 / 8.5.1 / 8.5.2 / 8.5.3 / 8.5.4 / 8.7 / 9.1 / 9.2 / 10.
Funcionarios	Espacios adecuados para jornadas de trabajo, Equipos de oficina	Equipos de cómputo. (Software especializados y hardware actualizados); Red y Pagina Web	Presupuesto de Funcionamiento		

PARAMETROS DE MEDICION		
TIPO DEL INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA
EFICACIA	Porcentaje Beneficiarios de Proyección Social	No. Total Beneficiarios/ No. Total Beneficiarios Programados por año * 100
EFICACIA	Porcentaje Proyectos Desarrollados	No. Total de Proyectos Aprobados/ No. Proyectos Presentados * 100

DOCUMENTOS	REGISTROS	RIESGOS
*PEI *Convenios *Proyectos dirigidos a la comunidad *Informes de Evaluación *Plan de Actividades Bienestar Universitario	*Formato planeación actividades de trabajo comunitario. *Formato evaluación de trabajo comunitario. *Formato plan de investigación. *Formato evaluación de proyectos de investigación. *Formatos de asistencia a actividades desarrolladas. *Formato encuesta de satisfacción bienestar estudiantil.	Remitirse a los Mapas de riesgos operacional de la entidad

ELABORO:	APROBO:	REVISO:

Anexo 5. Caracterización proceso gestión y control académico

	CENTRO EMPRESARIAL EN SALUD CESALUD S.A			**FECHA DE EMISIÓN Mayo 2016**
	MACROPROCESO: MISIONAL			**VERSIÓN : 01**
	CARACTERIZACIÓN PROCESO: GESTION EN ADMISION REGISTRO Y CONTROL			**CODIGO: M-AR-C-01**
				PAGINA:
RESPONSABLE : Director Talento Humano				
OBJETIVO: Dirigir la ejecución de los planes, programas y reglamentación formulada en la institución en los referente a los servicios de inscripción, admisión, matricula, registro y control de la información académica de los estudiantes.		ALCANCE: Aplica a todas las actividades vinculadas a la Admisión Registro y Control Académico de los estudiantes de Cesalud S.A. INICIO: Inicia desde la vinculación del estudiante a la institución FIN: Termina con el control Académico.		
PROVEEDOR	**INSUMOS DEL PROCESO**	**ACTIVIDADES CICLO (P.H.V.A.)**	**SALIDAS**	**USUARIO**

Interno	*Personal competente. * Documentación de alumnos. *Requisitos de matrículas. * Inscripciones *Admitidos. *Planillas de notas. *Solicitud de certificados. *Solicitud de grado. * Necesidades de Documentos. * Cronogramas. * Requisitos. * Reportes de información académica. *Informes de indicadores de gestión de periodos anteriores. * Informes de gestión de periodos	1. Diseño de la campaña de los Programas Académicos 2. Planear cronograma para temporada de matrículas. 3. Planear el Cronograma Académico 4. Planear cronograma de grados. .	P	V	1. Seguimiento a la base de datos 2. Seguimiento a Egresados 3. Cumplimiento al cronograma de matrículas, de grados y programación académica. 4. Tiempo de entrega de certificados y demás documentos que se expiden. 5. Requisitos de matrícula y grado. 6. Seguimiento al proceso 7. Seguimiento de indicadores de gestión e informes de Gestión	*Cronograma de Matriculas. *Cronograma Académico. *Cronograma de Grados. * Base de datos. *Base de datos egresados *listado de inscritos. *Listado de admitidos. *Listado de matriculados *Diplomas. *Actas. *Certificaciones. * Novedades académicas. *Carnet *Informe de Seguimiento y Control al Proceso de Admisiones, Registro y Control. *Informes de Gestión.	*Gobierno Nacional *Alta Gerencia *Gestión Talento humano *Gestión Admisión, Registro y Control. *Estudiantes *Comunidad *Docentes

	anteriores.					*Informe de indicadores de gestión. *Planes de Mejora	
Externo	*Presupuesto de alumnos. *Solicitud de reintegro. *Base de datos. * Normatividad Legal y Reglamentaria	1. Realiza las matriculas financieras y académicas de los estudiantes. 2. Realiza los ingresos de novedades académicas. 3. Expide los certificados de notas, contenidos programáticos, constancias académicas y financiera, diplomas de grado, actas de grado y duplicado de estas, carnet. 4. Recepción y trámites de las solicitudes de reingreso 5. Recepciona, archiva y custodia los documentos exigidos para la matrícula y el historial académico de los estudiantes 6. Proceso de Grado	H	A	Tomar acciones correctivas, preventivas y de mejora		
RECURSOS					**PROCEDIMIENTOS DE**		**REQUISITOS**

				SOPORTE CON QUE SE RELACIONA	
HUMANOS	FISICOS	TECNOLOGICOS	PRESUPUESTO		
Funcionarios	Espacios adecuados para jornadas de trabajo, Equipos de oficina	Equipos de cómputo. (Software especializados y hardware actualizados); Red y Pagina Web	Presupuesto de Funcionamiento	Procedimiento para Admisión y Matricula Procedimiento para Registro y Control Académico Procedimiento para Seguimiento de Egresados	**Organización:** Política y objetivos de la empresa. **Normatividad Legal Vigente Norma NTC ISO** 9001:2015: 4.4 / 5.1.2 / 7.5.2 / 7.5.3.1 / 7.5.3.2 / 8.1 / 8.2.1 / 8.2.2 / 8.5.1 / 8.5.2 / 8.5.3 / 8.5.4 / 8.7 / 9.1.1 / 9.1.2 / 9.1.3 / 10.

PARAMETROS DE MEDICION		
TIPO DEL INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA
EFECTIVIDAD	Porcentaje de satisfacción de los usuarios con el servicio de inscripción.	Total No. Inscripciones Satisfactorias / Total No. De Inscripciones *100
EFECTIVIDAD	Porcentaje de Satisfacción de los usuarios con el servicio de expedición de certificados.	Total No. Solicitudes satisfechas / Total No. de Certificaciones Expedidas *100

DOCUMENTOS	REGISTROS	RIESGOS
*Proyecto educativo institucional PEI. *Informe de Seguimiento y Control del Proceso *Informe de Indicadores de Gestión *Planes de Mejora	• Formato de solicitud de Inscripción estudiante. • Formato Listado de inscritos. • Formato Listado de Admitidos. • Formato liquidación financiera. • Formato matricula académica. • Formato listado de notas • Formato listado de asistencia. • Formato listado de estudiantes matriculados. • Formato listado de estudiantes aplazados. • Formato recolección de datos del egresado. • Formato encuesta a egresados.	Remitirse a los Mapas de riesgos operacional de la entidad

ELABORO:	APROBO:	REVISO:

Anexo 6. Caracterización gestión administrativa y financiera

<table>
<tr><td colspan="2" rowspan="4"></td><td colspan="3">CENTRO EMPRESARIAL EN SALUD CESALUD S.A</td><td>FECHA DE EMISIÓN Mayo 2016</td></tr>
<tr><td colspan="3">MACROPROCESO: APOYO</td><td>VERSIÓN : 01</td></tr>
<tr><td colspan="3" rowspan="2">CARACTERIZACIÓN PROCESO: GESTION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA</td><td>CODIGO: A-FA-C-01</td></tr>
<tr><td>PAGINA:</td></tr>
<tr><td colspan="6">RESPONSABLE : Director Administrativo y Financiero</td></tr>
<tr><td colspan="4" rowspan="2">OBJETIVO: Gestionar eficientemente los recursos humanos, físicos y económicos para ayudar al cumplimientos de los objetivos institucionales.</td><td colspan="2">ALCANCE. Aplica para todas las actividades que se desarrollan en el área administrativa y financiera de la institución.</td></tr>
<tr><td colspan="2">INICIO: Con los requerimientos institucionales, continua con la gestión de los recursos.
FIN: Termina con la atención oportuna de las necesidades.</td></tr>
<tr><td>PROVEEDOR</td><td>INSUMOS DEL PROCESO</td><td colspan="2">ACTIVIDADES CICLO (P.H.V.A.)</td><td>SALIDAS</td><td>USUARIO</td></tr>
</table>

Interno	* Necesidad de mantenimiento de infraestructura *Necesidad de mantenimiento equipos. *Inventario de bienes. * Plan de compras *Responsabilidades y autoridades. *Normatividad interna. *Disponibilidad de recursos. *Personal idóneo. * Manual de cargos. *Proyección de ingresos y gastos. * Necesidad de informes financieros. *Necesidad de recaudo crédito educativo. *Mecanismos para la administración del riesgo. *Informes de indicadores de gestión de periodos	1. Definir mecanismos de administración del riesgo 2. Identificar necesidades 3. Establecer inventario de bienes 4. Planificación del mantenimiento 5. Establecer el presupuesto general de la institución 6. Establecer criterios para créditos educativos	P	V	1. Seguimiento al presupuesto general 2. Seguimiento al proceso 3. Seguimiento de indicadores de gestión e informes de Gestión	*Planes de mantenimiento. *Asignación de recursos mantenimiento, aseo, jardinería y vigilancia. *Inventario de bienes. *Plan de compras *Aplicación de normatividad interna. * Contratación personal. *Presupuesto general de la institución. *Informes de ejecución presupuestal. *Informes contables. * Informes de tesorería. *Informes financieros. *Recaudo por derechos académicos y de servicios.	*Gobierno Nacional *Alta Gerencia *Estudiantes *Comunidad *Docentes

	anteriores. * Informes de gestión de periodos anteriores.					*Recaudo por créditos educativos * Controles para administración del riesgo. * Informes de seguimiento y control del proceso administrativo y financiero. *Informe de indicadores de gestión. * Informe de gestión. * Planes de mejora	
Externo	*Recursos financieros recibidos por derechos académicos y servicios. * Necesidad de financiación matriculas. * Normas Contabilidad General. * Mantenimiento infraestructura y equipos * Servicios Generales (aseo, seguridad)	*Administrar el inventario de bienes *Realiza el mantenimiento de bienes *Presta el servicio de seguridad, aseo y jardinería *Ejecuta el presupuesto general de la institución *Otorga créditos educativos *Elabora y aprueba ordenes de servicio, compras y suministros *Elabora órdenes de pago, causación y registro contable *Genera informes financieros	H	A	Tomar acciones correctivas, preventivas y de mejora		

RECURSOS				**PROCEDIMIENTOS DE SOPORTE CON QUE SE RELACIONA**	**REQUISITOS**
HUMANOS	FISICOS	TECNOLOGICOS	PRESUPUESTO	Procedimiento para la Elaboración del Presupuesto General. Procedimiento para la Elaboración del Plan de Compras. Procedimiento para el Registro Contable, Elaboración y Presentación de Informes Financieros. Procedimiento para Servicios Generales (Aseo Mantenimiento y Vigilancia).	**Organización:** Política y objetivos de la empresa. **Normatividad Legal Vigente Norma NTC ISO** 9001:2015: 7.1.1 / 7.1.3 / 8.1 / 8.5.1 / 8.7 / 9.1.3 / 10.
Funcionarios	Espacios adecuados para jornadas de trabajo, Equipos de oficina	Equipos de cómputo. (Software especializados y hardware actualizados); Red y Pagina Web	Presupuesto de Funcionamiento		

PARAMETROS DE MEDICION		
TIPO DEL INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA
EFICACIA	Cumplimiento a la Ejecución del Presupuesto	Presupuesto Ejecutado / Presupuesto Planeado * 100
EFICACIA	Recaudo de Cartera Créditos Educativos	Numero de Pagares Recaudados / Numero de Pagares * 100
DOCUMENTOS	**REGISTROS**	**RIESGOS**
*Inventario de Bienes Presupuesto General de la institución *Plan de Mantenimientos de Equipos	*Notas Contables *Recibos de Caja *Notas Debito	

*Plan de Compras *Estatuto Tributario *Informes Financieros *Informes de Ejecución Presupuestal *Informe de Seguimiento y Control del Proceso * Informe de Indicadores de Gestión	*Nota Crédito. *Extractos Bancarios. *Estados Financieros *Formato solicitud elementos de consumo. *Formato único de plan de compras. *Formato para presupuestos de ingresos y gastos. *Formato Presupuesto General. *Formato detalle Orden de Trabajo. *Formato Hoja de Vida del Equipo.	Remitirse a los Mapas de riesgos operacional de la entidad

ELABORO:	**APROBO:**	**REVISO:**

Anexo 7. Caracterización proceso gestión talento humano

	CENTRO EMPRESARIAL EN SALUD CESALUD S.A			**FECHA DE EMISIÓN Mayo 2016**
	MACROPROCESO: APOYO			**VERSIÓN : 01**
	CARACTERIZACIÓN PROCESO: GESTION TALENTO HUMANO			**CODIGO: A-TH-C-01**
				PAGINA:
RESPONSABLE : Director Talento Humano				
OBJETIVO: Dirigir el fortalecimiento de las competencias del Talento Humano administrativo y docentes de la institución mediante la realización de actividades que con llevan al desempeño laboral y al cumplimiento de los objetivos de la institución.		ALCANCE. Aplica para todas las actividades que se desarrollan en el área de Talento Humano de la institución. INICIO: El proceso inicia desde la vinculación, permanencia, bienestar laboral FIN: hasta la evaluación del desempeño laboral del personal vinculado a la institución.		
PROVEEDOR	**INSUMOS DEL PROCESO**	**ACTIVIDADES CICLO (P.H.V.A.)**	**SALIDAS**	**USUARIO**

Interno	*Lineamientos directrices y políticas institucionales. * Normatividad interna. * Requerimiento de los procesos. * Novedades de personal. *Necesidad de personal. *convocatorias. *Informes de indicadores de gestión de periodos anteriores. *Informes de gestión de periodos anteriores.	1. Definir requisitos de educación, formación, habilidades y Experiencia del personal vinculado a la institución. 2. Establecer el programa de capacitación. 3. Establecer herramientas para la evaluación del desempeño laboral. 4. Identificar los requisitos para la vinculación. 5. Identificar necesidades de recursos. 6. Determinar incentivos laborales. 7. Planear el pago de nómina y prestaciones sociales del personal.	P	V	1. Cumplimiento al manual de funciones. 2. Eficacia del programa de capacitación. 3. Desempeño laboral del personal. 4. Seguimiento al proceso 5. Seguimiento de indicadores de gestión e informes de Gestión	* Revisión al cumplimiento de directrices y políticas institucionales. * Revisión al cumplimiento de la normatividad legal e interna. * Programa de capacitación, *Evaluación de las competencias. * Evaluación de desempeño laboral. *Personal capacitado. *Personal vinculado. *Afiliaciones a la seguridad social. *Circulares informativos. *Desprendibles de pago, minutas, contratos, certificaciones, Historias laborales,	*Alta Gerencia *Todos los procesos *Gobierno Nacional *Fondo de Pensiones y Cesantías *EPS, ARL y Caja de Compensación Familiar.
	* Normatividad legal y Reglamentaria. *Afiliaciones. *convenios.	1. Creación de cargos y actualización del manual de funciones. 2. Implementar el programa de capacitación. 3. Ejecutar las evaluaciones de competencias del	H	A	Tomar acciones correctivas, preventivas y de		

Externo		personal. 4. Ejecutar la vinculación, la inducción y entrenamiento del puesto de trabajo. 5. Ejecuta la evaluación del Desempeño Laboral. 6. Realiza la liquidación de la nómina.			mejora	nominas, informes estadísticos. * Conceptos jurídicos laborales. * Informes para entes de control. * Informes de seguimiento y control del proceso Gestión Humana. *Informe de indicadores de gestión. * Informe de gestión. * Planes de mejora.	
RECURSOS					**PROCEDIMIENTOS DE SOPORTE CON QUE SE RELACIONA**		**REQUISITOS**
HUMANOS	FISICOS	TECNOLOGICOS	PRESUPUESTO				
Funcionarios	Espacios adecuados para jornadas de trabajo, Equipos de oficina	Equipos de cómputo. (Software especializados y hardware actualizados); Red y Pagina Web	Presupuesto de Funcionamiento		Procedimiento para la selección, vinculación, inducción y capacitación del Personal. Procedimiento para la evaluación del Desempeño Laboral.		**Organización:** Política y objetivos de la empresa. **Normatividad Legal Vigente Norma NTC ISO** 9001:2015:

					7.1.2 / 7.1.3 / 7.1.4 / 7.1.6 / 7.2 / 8.1 / 9.1.3 / 10.

PARAMETROS DE MEDICION		
TIPO DEL INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA
EFICACIA	Competencia del Personal	No. de funcionarios evaluados que obtuvieron resultado mayor o igual a “satisfactorio” en la evaluación del desempeño / Total funcionarios evaluados * 100
EFICACIA	Eficacia del Programa de Capacitación	No. de capacitaciones del programa de capacitación / total de capacitaciones aplicadas del programa de capacitación.* 100
DOCUMENTOS	**REGISTROS**	**RIESGOS**
* Manual de funciones y perfiles de cargos * Programa de capacitación * Contratos de trabajo. * Contratos hora catedra Docente. * Historia laboral * Hojas de vida. * Nomina	* Formato solicitud de personal. * Formato entrevista de personal preseleccionado * Formato disponibilidad presupuestal * Formato inducción al cargo *Formato evaluación de la capacitación * Formato evaluación de desempeño laboral.	Remitirse a los Mapas de riesgos operacional de la entidad

	* Formato notificación de la calificación evaluación de desempeño laboral.	

ELABORO:	**APROBO:**	**REVISO:**

Anexo 8. Plan de emergencias

CESALUD

Centro de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

PLAN DE EMERGENCIAS

JULIO DE 2016

CONTENIDO

	pág
Introducción	164
Justificación	165
Objetivo	166
Objetivos específicos	166
Marco teórico	167
Descripción del problema	171
Información de la empresa	171
Recursos de emergencia	177
Análisis del riesgo	180
Funciones y responsabilidades	195
Plan de acción	196
Aspectos organizativos	203
referencias	204

Introducción

Toda emergencia requiere de procedimientos preestablecidos para prevenir, mitigar, y reaccionar ante el evento de manera rápida y eficaz. Estos procedimientos se basan en cálculos y análisis de riesgos que nos indican que es lo que probablemente sucederá, para que de esta manera preparemos acciones específicas encaminadas a contrarrestar la posible eventualidad.

Estos procedimientos requieren además del compromiso total de cada uno de los miembros de la empresa para garantizar su éxito. Utilizaremos recursos humanos (internos y externos), Recursos económicos (para adecuar, capacitar y dotar) y métodos tendientes no solo a manejar la emergencia, sino a dar soluciones a la recuperación posterior de la empresa.

El éxito en el manejo de una emergencia depende tanto de su análisis previo, organización, planeación y ejecución de acciones para disminuir la vulnerabilidad. Como del conocimiento de las normas que establecen las actividades de prevención, atención y recuperación en situaciones de desastre, permitiendo a sus actores sociales ser conscientes de los deberes, derechos y funciones que en ellas se consagran, y que buscan en esencia la protección del derecho fundamental por excelencia: el derecho a la vida.

Es muy importante tener en cuenta estos aspectos por que todos podemos estar amenazados por fenómenos naturales o antrópicos, que pueden ocasionar un desastre, también es fundamental que tengamos en cuenta que somos vulnerables cuando no estamos preparados para reaccionar de manera lógica y racional contra los efectos que desencadenan las amenazas.

El Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, en la resolución 1016 de 1989 y la resolución 2013 de 1986, reglamenta que toda empresa debe organizar y desarrollar un plan específico para emergencias dentro del programa de salud ocupacional, teniendo en cuenta las ramas preventiva, estructural y de control de las mismas. El presente plan se fundamenta en la estructuración

escrita de acciones preventivas, preparación administrativa, funcionales y acciones operativas, antes, durante y después de una emergencia, de tal forma que permita a empleados y usuarios del CENTRO DE EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO CESALUD organizarse , adaptarse a la normatividad , al plan de emergencias, adquiriendo los conocimientos y actitudes necesarias para actuar correctamente en la prevención y control de emergencias.

Justificación

Es deber nuestro, llevar una voz de alerta ante los riesgos inminentes que corremos por algún desastre natural dado que estamos ubicados en una zona de alto riesgo de sismicidad y antrópico por la problemática que vive actualmente el país.

Siendo necesaria la planificación de acciones de emergencias dentro del ambiente laboral teniendo en cuenta funciones y responsabilidades para cada uno de los miembros de esta comunidad educativa; siguiendo orientaciones dadas por el coordinador General del Plan de emergencias y la gerencia del CENTRO DE EDUCACION CESALUD, para mantener un ambiente seguro y menos vulnerable, en el momento de llegarse a presentar una emergencia.

Su planificación deberá incluir puntos básicos como:

1. Identificación y evaluación de amenazas
2. Identificación y evaluación de vulnerabilidad
3. Identificación y evaluación de riesgos
4. Análisis de accidentalidad
5. Medidas para la disminución de accidentes
6. Conformación y entrenamiento de brigadas
7. Evaluación de los peligros dentro del ambiente de trabajo

8. Emergencias ocupacionales y no ocupacionales

9. Equipos para atención de emergencias

10. Traslado de trabajadores y o usuarios lesionados o enfermos

11. Censo actualizado del personal de empleados y estudiantes con tipo de sangre, RH, teléfono de residencia, a quien informar en caso de emergencia, seguridad social, A.R.L, sí consume o es alérgico a algún medicamento, si tiene una enfermedad de base.

Toda empresa, requiere una confiable y segura organización ante eventos de emergencias. Ninguna empresa o trabajador se encuentra inmune a los efectos indeseables de los grandes desastres, por tal motivo, es necesario e indispensable estar preparados para enfrentar una emergencia apoyados en las diferentes brigadas.

Objetivo general

Diseñar, poner a prueba y evaluar un plan de emergencias que defina acciones y responsabilidades a cada uno de los miembros de la comunidad educativa para que contribuyan en la reducción de riesgos y amenazas presentes tanto interna como externamente y poder afrontar adecuadamente la emergencia que se pueda presentar.

Objetivos específicos

Proteger la integridad física de cada uno de los miembros de este centro educativo y de los visitantes.

Elaborar un esquema de atención de emergencias para el CENTRO DE EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO CESALUD

Diseñar un plan de actividades formativas para las diferentes situaciones que se presentan al generarse una emergencia.

Coordinar y facilitar la intervención durante las emergencias de los grupos internos y organismos de socorro.

Permitir el regreso a las actividades normales en el menor tiempo posible luego de una emergencia teniendo siempre como prioridad el menor traumatismo posible en la continuidad del servicio a los usuarios.

Sugerir un programa de mantenimiento formativo para los grupos de apoyo.

Capacitar el personal docente, directivo, estudiantes y administrativos mediante el adiestramiento para la evacuación y protección de la integridad personal en caso de que se presente un desastre.

Formar brigadas de primeros auxilios, evacuación, control de conatos de incendios, protección de bienes, control de tránsito, con el propósito de mitigar y reaccionar ante una posible emergencia.

Marco teórico

Como política del Centro Educativo y cumpliendo lo legalmente establecido dentro de las actividades de Seguridad y Salud en el Trabajo y prevención de emergencias, se ha diseñado e implementado el presente documento "Plan para Emergencias", teniendo en cuenta que en la legislación en lo pertinente se considera:

- El decreto legislativo 919 de mayo 1 de 1989 por el cual se organiza el Sistema Nacional para la Prevención y Atención de Desastres, SNPAD, el cual esta constituido por entidades publicas y privadas las cuales elaboran planes, programas, proyectos, y acciones especificas, con el objeto de dar solución a los problemas de seguridad de la población.

- La Resolución 1016 de marzo 31 de 1989 que reglamenta la organización, funcionamiento y formas de los Programas de salud Ocupacional que deben desarrollar los patronos o empleadores en el país, y específicamente en el Artículo11, No 18 menciona que los empresarios deben organizar y desarrollar un Plan de Emergencia

- El Sector Educativo cuenta con amplias disposiciones en lo nacional la Directiva Ministerial No. 13 de enero del 92 da lineamientos especiales para el sector como la incorporación de los

Desastres en la Educación, la incorporación de la conciencia ambiental, integrando contenidos sobre el manejo acertado del medio ambiente y las tecnologías para Prevenir Desastres dentro los currículos académicos; también menciona ya el desarrollo del Programa Escolar prevención de Desastres, a desarrollar por los comités regionales y locales de emergencias.

- Resolución No. 7550 del 6 de octubre de1994 regula las actuaciones del Sistema educativo Nacional para la Prevención de Emergencias y Desastres con el que se pretende la participación del sector educativo en los planes y programas de reducción de desastres y sus consecuentes efectos.

- La ley 31 de 1995 en el artículo 20, establece que el empresario debe analizar las posibles situaciones de emergencia y adoptar las medidas necesarias en materia de primeros auxilios, combate de incendios y evacuación de los trabajadores designando para ello al personal encargado de poner en práctica estas medidas comprobando periódicamente su correcto funcionamiento.

- La Ley 115 de 1994, Ley General de la Educación, contiene disposiciones referidas al tema como el Artículo 5 que coloca entre los fines de la educación la adquisición de una conciencia para la conservación, protección y mejoramiento del medio ambiente, localidad de vida, el uso de los recursos naturales y la Prevención de Desastres, dentro de una cultura ecológica de riesgo y de la defensa del patrimonio cultural de la Nación.

- La Ley Novena de Enero de 1979, en su Título III, "Salud Ocupacional", dispone en su artículo 114 que "en todo lugar de trabajo deberá disponerse de persona adiestrado, métodos, equipos y materiales adecuados y suficientes para la prevención y extinción de incendios". Así mismo, en su artículo 96, obliga a disponer de salidas adecuadas (en número y en dimensiones), con los requisitos mínimos para facilitar una evacuación en casos de emergencia.

- En la Resolución 2400 de Mayo de 1979, Título VI, Capítulo I, "De la Prevención y Extinción de Incendios", en los artículos 205 a 219 establece disposiciones sobre el particular.

- El Artículo 11, numeral 18 de la Resolución 1016 de Marzo de 1989, "por la cual se reglamenta la organización, funcionamiento y forma de los Programas de Salud Ocupacional que deben

desarrollar los patronos o empleadores en el país", determina como actividad a desarrollar dentro del subprograma de Higiene Seguridad Industrial, el "organizar y desarrollar un plan de emergencias teniendo en cuenta las siguientes ramas:

• Rama Preventiva: Aplicación de las normas legales y técnicas sobre combustibles, equipos eléctricos, fuentes de calor y sustancias peligrosas propias de la actividad económica del Plantel.

• Rama Pasiva o Estructural: Diseño y construcción de edificaciones con materiales resistentes, vías de salida suficientes y adecuadas para la evacuación, de acuerdo con los riesgos existentes y el número de trabajadores.

• Rama Activa o Control de Emergencias: Conformación y organización de Brigadas (selección, capacitación, planes de emergencia y evacuación), sistema de detección, alarma, comunicación, selección y distribución de equipos de control fijo o portátil (manuales o automáticos), inspección, señalización y mantenimiento de los sistemas de control.

El Decreto 1295 de 1994, en su Artículo 21 "Obligaciones del Empleador", debe ser responsable y "Procurar el cuidado integral de la salud de los trabajadores y de los ambientes de trabajo."

- *La creación de Comités de Prevención y Atención de Emergencias y Desastres.*
- *La creación de Brigadas Escolares (de Primeros Auxilios, Evacuación Contra incendios y Coordinación).*
- *El análisis escolar de amenazas, vulnerabilidades y riesgos.*
- *La creación y desarrollo de planes de evacuación y acción.*
- *Los simulacros escolares.*

En tanto que en la legislación Nacional se encuentra reglamentados los planes de emergencia en el decreto 321 del 17 de febrero de 1999, del Ministerio del Interior, por el cual se adopta el Plan Nacional de Contingencia contra derrames de hidrocarburos, derivados y sustancias nocivas; y a nivel internacional según la norma NTC OHSAS18001, normalización en salud ocupacional, en su sección 4.4.7 Preparación y respuesta ante emergencias.

El decreto 1860 de 1994 plantea que el programa de preparativos escolares para desastres puede estructurarse a partir del PEI.

Decreto 1143 de 30 de octubre del 2000 de la gobernación del Huila establece que toda institución educativa debe adaptar un plan escolar de prevención y atención de emergencias y desastres.

En Colombia ha habido varios terremotos, nos encontramos ubicados sobre zonas de alta sismicidad. Por lo tanto debemos tratar de estar lo mejor preparados. Todavía no existen métodos para predecir la magnitud, el día y el lugar exacto donde pueden ocurrir pero si acciones para disminuir la vulnerabilidad; frente a desastres naturales y antrópicos.

Política de salud ocupacional

La Gerencia General de EL CENTRO DE EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO CESALUD establece los siguientes criterios como parte fundamental de todos los proyectos y acciones que constituyen la esencia de la política de seguridad en higiene y seguridad industrial:

1. Mantener actualizada la legislación, tecnología y sistemas apropiados de Salud Ocupacional y Seguridad Industrial, para tomar las decisiones, efectuar las campañas y realizar las acciones pertinentes que den mayor protección al trabajador

2. Involucrar la seguridad industrial en toda actividad de trabajo de ésta empresa

3. Establecer los procedimientos y normas de seguridad específicos para cada actividad, oficio o tarea, así como los criterios de ejecución y prioridades para las acciones programadas en materia de Seguridad.

4. Aplicar las medidas de seguridad necesarias en toda tarea por sencilla, compleja o urgente que esta sea.

5. Es política del CENTRO DE EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO CESALUD**,** eliminar condiciones de riesgo, proveer equipos necesarios y seguros y dar a su personal la información indispensable para la prevención de accidentes.

6. Es deber de todos los trabajadores y usuarios la seguridad industrial igualmente es responsabilidad de cada uno disminuir los riesgos siempre y en todo lugar. Bajo ninguna circunstancia se justificará la realización de trabajos, sin antes haber realizado todos los esfuerzos para controlar riesgos a personas, equipo y/o instalaciones.

7. Facilitar los medios para dar alcance al cumplimiento de esta política de Higiene y Seguridad Industrial.

Objetivos de la política de seguridad

- Dar seguridad a empleados, usuarios y visitantes, mejorando el nivel de seguridad y protección de bienes y activos
- Asegurar la continuidad operacional, protegiendo la estabilidad de la empresa.
- Implementar la seguridad necesaria protegiendo la vulnerabilidad de la empresa.
- Dar cumplimiento con las normas y leyes vigentes.

Descripción del problema

El Centro de educación para el trabajo y el desarrollo humano CESALUD ubicado en el barrio el Altico, sector del microcentro de la ciudad de Neiva, zona de alta accidentalidad con gran flujo vehicular, por ser vía de transporte público, y por estar amenazada por violencia ,hurto y desastres antrópicos como explosiones o atentados.

La institución está construida sobre terreno firme.

Cabe anotar que en la actualidad se están presentando fenómenos naturales que están latentes y necesariamente hay que afrontarlos, razón por la cual debemos estar preparados.

Información de la empresa

Identificación Institucional

Nombre de la institución:	Centro de Educación para el trabajo y el desarrollo humano CESALUD
Teléfono	8722906- Fax 8626262
Dirección:	Cll 7 nº 11-01
Barrio:	El Altico
NIT.	900.263.146-1
Cámara de comercio	Matricula Nº 00193618 – 29 de Enero 2009
http://	www.cesalud.edu.co/
Email:	cesaludsa@yahoo.es
Licencia de funcionamiento	Resolución 0385 de 2011 Alcaldía de Neiva
Acuerdos	035 de diciembre de 2008 Ministerio de Protección Social
Registros de Programas Secretaría de educación Neiva	Auxiliar en enfermería: 849 de 2009 Auxiliar en salud oral: 847 de 2009 Auxiliar en servicios farmacéuticos: 848-2009 Auxiliar administrativo en salud:918 de 2009 Auxiliar en salud pública: 917 de 2009 Técnico en cosmetología y estética integral:1243 de 2012
Coordinadora Académico Director y Representante legal	Edna Margarita Vedarte Rosas

	Danny Quintero de Perdomo
Coordinador General de Plan de Emergencias	Fabio Espinosa Soto
Personal beneficiario:	150 estudiantes 20 docentes 08 personal Administrativo
Ciudad :	Neiva
Departamento:	Huila
Comuna:	1
Núcleo educativo	5

Presentación de la Empresa

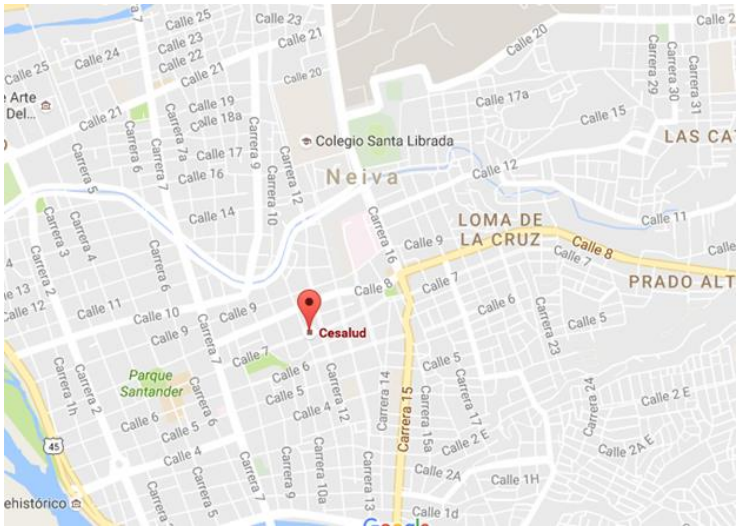
El Centro de Educación CESALUD, fue creado en el 4 de Noviembre de 1994 con el objetivo de APORTAR A PROFESIONALES, TRABAJADORES, JUVENTUD ALTERNATIVAS DE CAPACITACION, ACTUALIZACION, INNOVACION Y ENTRENAMIENTO EN EL CAMPO DE LA SALUD Y AREAS AFINES EN COMPETENCIAS LABORALES CON EL FIN DE ABRIR AMPLIAS POSIBILIDADES DE VINCULACION O ASCENSO LABORAL Y MEJORAMIENTO DE NIVELES DE PRODUCTIVIDAD EN LAS AREAS DE DESEMPEÑO CONTRIBUYENDO AL DESARROLLO SOCIAL Y BIENESTAR PERSONAL, PROFESIONAL Y EMPRESARIAL DE QUIENES UTILICEN EL SERVICIO EDUCATIVO. Es un establecimiento de carácter privado con jornadas de estudio diurno, nocturno y fines de semana (viernes y sábados)

Localización

Tabla No 1. Localización Urbana

LOCACION A NIVEL URBANO			
DEPARTAMENTO	**CIUDAD**	**BARRIO**	**COMUNA**
Huila	Neiva	Altico	4
LINDEROS SECTORIALES			
Norte	Calle 8	Sentido: oriente-occidente. Delimita con zona comercial - restaurantes, bares etc.	
Sur	Calle 6	Sentido: occidente-oriente. Delimita con zona comercial - restaurantes, bares etc.	
Oriente	Carrera 12	Sentido: norte-sur. Delimita con zona residencial	
Occidente	Carrera 11	Sentido: sur-norte. Delimita con zona residencial	

Mapa del Sector



Fuente: autora.

Actividad económica

Es un centro de educación dirigido a personas adolescentes y adultas donde sus ingresos son producto de la venta de servicios educativos.

El sector en el cual se encuentra ubicado hace parte del microcentro de la ciudad, cerca de la concha acústica Jorge Villamil Cordovez en el encontramos locales comerciales y residencias familiares.

El flujo de personas y vehículos en los alrededores es muy alto, el centro educativo está

Ubicado frente a una avenida principal, por la que transitan vehículos particulares y de servicio público constantemente.

La edificación es de una sola planta con las siguientes características:

Características de la construcción

Estructura cubierta: con techo de eternit

Pisos: en baldosa - cemento

Áreas comunes: en cemento y baldosín

Paredes: en bloque

Hall: es en baldosa

Tipo de edificación: Construcción que fue acondicionada por los antiguos propietarios como centro de educación. Era una casa de vivienda familiar, aquí funcionaba un centro de educación para adultos.

Descripción de la comunidad educativa

Tabla 2. Descripción de la comunidad educativa

AREA	HOMBRES	MUJERES	SUBTOTAL
DIRECTIVAS	-	2	2
OPERATIVAS	2	2	4
DOCENTES	10	10	20
ESTUDIANTES	40	110	150

Fuente: autora.

Tiempo de construcción de la edificación

50 años de antigüedad aproximadamente.

Reformada en el año 2007 y 2009 para adecuarla para el funcionamiento de la institución educativa.

Número de Salidas: La edificación cuenta con 2 salidas que comunican al exterior con la calle 11 y carrera 7. Una para ingreso y salida de estudiantes, personal docente y administrativo y el ingreso de motos; y la otra para utilizarse en el momento de una eventual emergencia,

Seguridad Física: La empresa cuenta con personal de celaduría propia con horario nocturno de 6 p.m. a 6.a.m. sábados en la tarde de 12 m a 6 p.m., domingos y festivos todo el día.

Antecedentes

El Centro de educación para el trabajo y el desarrollo Humano CESALUD no ha tenido ningún antecedente de incendios o emergencias, pero si un caso de accidentalidad en sus instalaciones al deslizarse uno de sus funcionarios, por encontrarse el piso húmedo. Igualmente

fue víctima de la onda explosiva de un petardo en zona cercana a la institución, el cual averió cielorrasos.

Organigrama

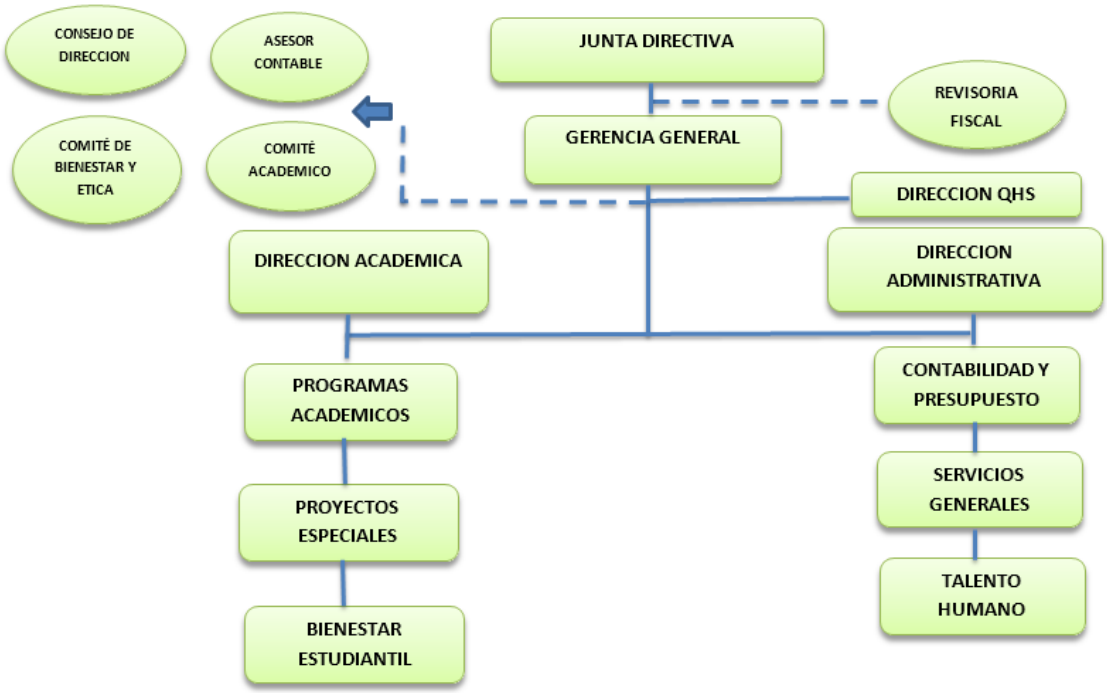


Figura 1. Organigrama. Fuente: Cesalud S.A.

Horario de Operación

El personal Administrativo, labora usualmente ocho horas diarias de la siguiente manera: lunes a viernes de 8:00 am a 12:00 m y de 2:00 pm a 6:00 pm y los sábados de 6:00 am a 12:00 m, con 15 minutos de descanso al personal de Servicios para el refrigerio. En el evento en que la jornada laboral este estipulada en el contrato, ésta primará sobre lo establecido institucionalmente.

En algunas dependencias y programas el horario de servicio es de 6:00 am a 12:00pm, no excediendo las 8 horas de la jornada laboral diaria.

Recursos de emergencia

El Centro Educativo cuenta con los siguientes implementos para actuar frente a las situaciones de emergencias:

Inventario de Recursos Físicos

El inventario de recursos nos permite determinar los elementos y herramientas con los cuales contamos para atender adecuadamente una situación de emergencia.

Tabla 3. Inventario de recursos físicos

RECURSOS	EXISTENCIA		1. ESTADO		
	Si	No	Bueno	Regular	Malo
Plano	X		X		
Escenario de recursos	X		X		
Primeros Auxilios					
Equipo de primeros auxilios	x		x		
Medios de transporte (particulares)	x		x		
Botiquín	X		x		
Inmovilizadores	x		x		
Camillas	x		x		
Linternas	x		x		
Incendios					
Extintores	X		x		

Señalización	x		x		
Pitos	x		x		
Conos señalizadores	x		x		
Escaleras móviles	X		x		
Palas	x		x		
RECURSOS	**EXISTENCIA**		**ESTADO**		
	Si	**No**	**Bueno**	**Regular**	**Malo**
Hidrantes		X			
Mascarillas	x		x		
Evacuación					
Equipo de evacuación (camillas)	x				
Listado de personal (alumnos, profesores, personal de Serv.)	X		X		
Alarma eléctrica	X		X		
Megáfono	x		x		
Directorios telefónicos	X		X		
Teléfonos	X		x		
Medios de transporte	x		x		
Timbre	X		x		
Radio con baterías	X		x		
Pitos	X		x		

Fuente: autora.

Medios de Transporte:

La institución no cuenta con ningún medio propio de transporte. Solamente existen los carros que son de propiedad de la directora y algunos docentes y administrativos.

Estos carros tienen capacidad para transportar cinco personas. Cerca al establecimiento tenemos vecinos que cuentan vehículo propio. Y han ofrecido su apoyo en caso de emergencia

Directorio de Emergencias de Entidades Cercanas

- Hospital Universitario de Neiva: ubicado en la calle 9 No. 15 – 25; barrio Altico con teléfono a su servicio 871 75 21 – 871 44 37.
- ESE Carmen Emilia Ospina 7 de agosto: ubicada en la calle 18ª – carrera 54 y 55, PBX: 8726363.
- Clínica Medilaser: ubicada en la carrera 7 No. 11-65, centro, PBX: 8724100
- Comando de Policía: 112
- Ambulancias:
- Cruz Roja: 132
- Defensa Civil: 144
- Bomberos: 119
- Gaula:147
- Defensa civil: 144
- Cruz Roja: 132
- Policía de tránsito : 127

Análisis del riesgo

El análisis de riesgos se define como el proceso para estimar la probabilidad de que ocurra un evento no deseado con una determinada severidad o consecuencias en la seguridad, salud, medio ambiente y/o bienestar público.

Objetivos Específicos

Identificar y analizar los diferentes factores de riesgo que involucren peligros potenciales que podrían afectar a la Institución.

Establecer en el análisis de riesgos, las bases para la preparación del Plan de Prevención, Preparación y Respuesta ante Emergencias.

Identificación y Análisis de Amenazas

Tabla 4. Identificación de las amenazas

NATURAL	TECNOLOGICO	SOCIA
Incendios Forestales Geológicos: Se divide en Endógenos y Exógenos: Fenómenos de Remoción en Masa deslizamientos, (deslizamientos, derrumbes, caída de piedra, hundimientos.) Movimientos Sísmicos Eventos atmosféricos3 (vendavales, granizadas, tormentas eléctricas, etc.) Inundaciones por Desbordamiento de cuerpos de agua (ríos	Incendios (Estructurales, eléctricos, por líquidos o gases inflamables, etc.) Perdida de Contención de materiales peligrosos (derrames, fugas, etc.) Explosión (gases, Polvos, fibras, etc.) Inundación por Deficiencias de la infraestructura hidráulica (redes de alcantarillado, acueducto, etc.) Fallas en sistemas y equipos	Comportamientos no adaptativos por temor Accidentes de Vehículos Accidentes Personales Revueltas / Asonadas Atentados Terroristas Hurtos Otros

Fuente: Guía para Elaborar Planes de Emergencia y Contingencias DPAE

Calificación de la Amenaza

Tabla 5. Calificación de la amenaza

EVENTO	COMPORTAMIENTO	COLOR ASIGNADO
Posible	**Es aquel fenómeno que puede suceder o que es factible porque no existen razones históricas y científicas para decir que esto no sucederá.**	
Probable	**Es aquel fenómeno esperado del cual existen razones y argumentos técnicos científicos para creer que sucederá.**	
Inminente	**Es aquel fenómeno esperado que tiene alta probabilidad de ocurrir.**	

Fuente: Guía para Elaborar Planes de Emergencia y Contingencias DPAE

Análisis de la Amenaza

Tabla 6. Análisis de las amenazas

AMENAZA	INTERNO	EXTERNO	ORIGEN DE LA AMENAZA	CALIFICACIÓN	COLOR
NATURALES					
Movimientos Sísmicos		X	• Ubicación de Neiva en zona de amenaza intermedia por sismo. • Ubicación de Neiva entre los picos de la cordillera oriental y central.	Probable	
Inundacion		X	• Ubicación de Neiva a orillas de la margen derecha del río Magdalena, uno de los más importantes del país	Probable	
Lluvias torrenciales / Granizadas		X	• Temporadas invernales • Eventos hidrometeorológicos	Probable	
TECNOLÓGICOS					

Incendios	X	X	• Falla en redes eléctricas • Alta carga combustible • Falla en transformadores que generen sobrecarga a sistemas internos	Probable	
Explosion	X		• Ruptura de redes de gas natural • Falla en redes electricas	Posible	
Fugas de gas	X		• Deficiente mantenimiento en redes • Ruptura de redes de gas • Falla humana (descuido)	Posible	
Exposición a Materiales Peligrosos	X		• Contacto con sustancias químicas en laboratorios • Derrames • y/o escapes de sustancias químicas en laboratorios	Posible	
Accidentes Personales	X	X	• Vía vehicular de alto tráfico. • Labores cotidianas.	Probable	

SOCIALES					
Atentados terroristas		X	• Comportamientos no adaptativos • Conflicto interno (grupos o milicias urbanas)	Posible	
Delincuencia / Robo		X	• Comportamientos no adaptativos	Posible	

Fuente: autora.

Análisis de vulnerabilidad

Vulnerabilidad: puede definirse como la capacidad de una persona o un grupo de personas para anticiparse, hacer frente y resistir a los efectos de una amenaza natural o causada por la actividad humana, y la capacidad para recuperarse de la amenaza.

El análisis de vulnerabilidad se va a realizar a tres elementos expuestos, cada uno de ellos analizado bajo tres aspectos:

1. Personas

- Organización
- Capacitación
- Dotación

2. Recursos

- Materiales
- Edificación
- Equipos

3. Sistemas y procesos

- Servicios públicos
- Sistemas alternos
- Recuperación

Calificación de variables

Tabla 7. Calificación de variables de la vulnerabilidad

VALOR	INTERPRETACION
0.0	NO, cuando no existe o tiene un nivel deficiente.

0.5	PARCIAL, cuando la implementación no está terminada o tiene un nivel regular.
1.0	SI, cuando existe o tiene un nivel bueno

Fuente: Guía para Elaborar Planes de Emergencia y Contingencias DPAE

Interpretación de la vulnerabilidad por cada aspecto

Tabla 8. Interpretación de la vulnerabilidad por cada aspecto

CALIFICACIÓN	CONDICIÓN
Bueno	Si el número de respuestas se encuentra dentro el rango 0,68 a 1
Regular	Si el número de respuestas se encuentra dentro el rango 0,34 a 0,67
Malo	Si el número de respuestas se encuentra dentro el rango 0 a 0,33

Fuente: Guía para Elaborar Planes de Emergencia y Contingencias DPAE

Calificación de la vulnerabilidad

Tabla 9. Calificación de la vulnerabilidad

RANGO	INTERPRETACIÓN	COLOR
0.0 – 1.00	ALTA	ROJO
1.01 – 2.00	MEDIA	AMARILLO
2.01 – 3.00	BAJA	VERDE

Fuente: Guía para Elaborar Planes de Emergencia y Contingencias DPAE

Tabla 10. Análisis vulnerabilidad Cesalud S.A.

PERSONAS

Organización				
	VALORACIÓN	**OBSERVACIÓN**	**RECOMENDACIONES**	**CALIFICACIÓN**
¿Existe una política general en SG-SST, donde se indica la prevención y preparación para emergencias?	**SI**			**1.0**
¿Existe comité de emergencias y tiene funciones asignadas?	**SI**			**1.0**
¿Los empleados han adquirido responsabilidades específicas en caso de emergencias?	**SI**	Mediante capacitaciones	Continuar proceso de capacitación con asesoría de ARL	**1.0**
¿La Institución promueve activamente en sus trabajadores el programa de preparación para emergencias?	**SI**	Se ofrecen capacitaciones a brigadistas, y se realizan simulacros de casos de emergencias.		**1.0**
¿Existe brigada de emergencias?	**SI**	Las brigadas de emergencias, están conformadas por brigadas contra incendios, de evacuación y de primeros auxilios.		**1.0**
¿Existen instrumentos o formatos para realizar inspecciones a las áreas para identificar condiciones inseguras que puedan generar emergencias?	**PARCIAL**	Formatos de inspecciones, avalados por sistema de gestión integrado y lista de chequeo para observación e inspección de condiciones.		**0.5**
¿Existen instrumentos o formatos para realizar inspecciones a los equipos utilizados en emergencias?	**NO**			**0**
PROMEDIO: 5.5 / 7 = 0.78				**BUENO**
Capacitación				
	VALORACIÓN	**OBSERVACIÓN**	**RECOMENDACIONES**	**CALIFICACIÓN**

¿Se cuenta con un programa de capacitación en prevención y control de emergencias?	**SI**	Brigada capacitada	Continuar con proceso de capacitación con asesoría de ARL	**1.0**

¿Los miembros del comité de emergencias se encuentran capacitados?	**SI**		Incluir en el plan de capacitación al personal del comité de emergencias	**1.0**
¿Las personas han recibido capacitación general en temas básicos de emergencias, saben las personas auto protegerse?	**SI**			**1.0**
¿El personal de Brigada ha recibido entrenamiento y capacitación en temas de prevención y control de emergencias?	**SI**			**1.0**
¿Está divulgado el plan de emergencias y evacuación?	**SI**			**1.0**
¿Se cuenta con manuales, folletos como material de difusión en temas de prevención y control de emergencias?	**SI**			**1.0**
PROMEDIO: 6/6 = 1				**BUENO**

Dotacion				
	VALORACIÓN	**OBSERVACIÓN**	**RECOMENDACIONES**	**CALIFICACIÓN**
¿Existe dotación para cada persona de la brigada y del comité de emergencias?	**SI**	El personal antiguo cuenta con chaleco.	Dotar a todos los integrantes de la brigada de elementos	**1.0**
¿Los trabajadores cuentan con el equipo de protección personal para realizar todas sus actividades?	**SI**		Ofrecerles a todos los integrantes sus equipos de protección y elementos de seguridad.	**1.0**
PROMEDIO: 2/2= 1				**BUENO**

SUMA TOTAL EN PERSONAS: 2.78	**BAJA**

RECURSOS Y MATERIALES				
Materiales				
	VALORACIÓN	**OBSERVACIÓN**	**RECOMENDACIONES**	**CALIFICACIÓN**
¿Se cuenta con cinta de acordonamiento o balizamiento?	**SI**			**1.0**
¿Se cuenta con extintores?	**SI**			**1.0**
¿Se cuenta con camillas?	**SI**			**1.0**
¿Se cuenta con botiquines?	**SI**			**1.0**
PROMEDIO: 4/4 = 1				**BUENO**
Edificaciones				
	VALORACIÓN	**OBSERVACIÓN**	**RECOMENDACIONES**	**CALIFICACIÓN**
¿El tipo de construcción es sismo-resistente?	**NO**			**0**
¿Existen puertas y muros cortafuego?	**NO**			**0**
¿Las escaleras de emergencia se encuentran en buen estado y poseen doble pasamanos?	**NO**			**0**
¿Existe más de una salida?	**SI**			**1.0**
¿Existen rutas de evacuación?	**SI**			**1.0**
¿Se cuenta con áreas exteriores amplias y despejadas?	**SI**			**1.0**
¿Están señalizadas las vías de evacuación y equipos contraincendios?	**SI**			**1.0**

La Institución tiene tanques de almacenamientos de agua resistentes y señalizados.	**SI**			**1.0**
¿Los pasillos cuentan con barandas o muros lo suficientemente altos para evitar caídas?	**SI**			**1.0**
¿La Institución y el sector, cuentan con sistemas de pararrayos y polo a tierra?	**SI**			**1.0**
¿La Institución está protegida y/o alejada de árboles o postes que puedan caer?	**NO**	Existen árboles y postes cercanos a las estructuras.		**0**
La edificación cuenta con un adecuado sistema eléctrico, con protección contra sobrecargas.	**SI**			**1.0**
Las instalaciones cuentan con un programa de mantenimiento preventivo de las redes (agua, luz, gas, electricidad)	**SI**		Por medio del procedimiento para servicios generales (aseo, mantenimiento y vigilancia).	**1.0**
¿Las ventanas, tejas y otros elementos no estructurales, se encuentran asegurados a la estructura?	**SI**			**1.0**
Los vidrios de las ventanas son de seguridad o tienen película de seguridad	**NO**	Puertas, ventanas y divisiones en oficinas en vidrio común.		**0**
PROMEDIO: 10/15= 0.66				**REGULAR**

Equipos				
	VALORACIÓN	**OBSERVACIÓN**	**RECOMENDACIONES**	**CALIFICACIÓN**
¿Se cuenta con alarma de evacuación?	**SI**			**1.0**

¿Se cuenta con sistemas automáticos de detección de incendios?	**NO**			**0**
¿Se cuenta con sistemas automáticos de control de incendios?	**NO**			**0**
¿Se cuenta con sistemas de monitoreo de intrusos?	**SI**			**1.0**
¿Se cuenta con paneles de control?	**SI**			**1.0**
¿Se cuenta con un sistema de comunicaciones interno?	**SI**			**1.0**
¿Se cuenta con una red contraincendios?	**NO**			**0**
¿Existen hidrantes públicos y/o privados?	**NO**			**0**
¿Se cuenta con programa de mantenimiento preventivo para los equipos de emergencia?	**SI**			**1.0**
PROMEDIO: 5/9= 0.55				**REGULAR**
SUMA TOTAL EN RECURSOS Y MATERIALES: 2.21				**BAJA**

SISTEMAS Y PROCESOS				
Servicios públicos				
	VALORACIÓN	**OBSERVACIÓN**	**RECOMENDACIONES**	**CALIFICACIÓN**
Se cuenta con buen suministro de energía.	**SI**			**1.0**
¿Las vías de acceso a la Institución cuentan con adecuada señalización y pasos peatonales?	**SI**			**1.0**

¿Se cuenta con un adecuado sistema de alcantarillado parta aguas lluvias?	**SI**			**1.0**
Se cuenta con buen servicio de recolección de basuras	**SI**			**1.0**
PROMEDIO: 4/4= 1				**BUENO**
Sistemas Alternos				
	VALORACIÓN	**OBSERVACIÓN**	**RECOMENDACIONES**	**CALIFICACIÓN**
Se cuenta con un tanque de reserva de agua	**SI**			**1.0**
Se cuenta con una planta de emergencia	**SI**			**1.0**
Sistema de iluminación	**SI**			**1.0**
Se cuenta con un buen sistema de vigilancia física	**SI**			**1.0**
PROMEDIO: 4/4= 1				**BUENO**
Recuperación				
	VALORACIÓN	**OBSERVACIÓN**	**RECOMENDACIONES**	**CALIFICACIÓN**
¿Se cuenta con algún sistema de seguro para los empleados?	**SI**	ARL Empresa de riesgo 1.		**1.0**
Está asegurada la edificación en caso de terremoto, incendio, atentados terroristas, etc.	**SI**			**1.0**
Se cuenta con un sistema alterno para asegurar los expedientes en medio magnético y con alguna Cía. Aseguradora.	**SI**			**1.0**
Están asegurados los equipos y todos los bienes en general	**SI**			**1.0**
PROMEDIO: 4/4= 1				**BUENO**
SUMA TOTAL EN SISTEMAS Y PROCESOS: 3				**BAJA**

Fuente : autora.

Consolidado Análisis Vulnerabilidad Cesalud S.A

Tabla 11. Consolidado Análisis Vulnerabilidad Cesalud S.A

CONSOLIDADO ANALISIS DE VULNERABILIDAD			
PUNTOS VULNERABLES A CALIFICAR	**CALIFICACION**	**INTERPRETACION**	**COLOR**
PERSONAS	2.78	BAJA	
ORGANIZACIÓN			
CAPACITACION			
DOTACION			
RECURSOS Y MATERIALES	2,21	BAJA	
MATERIALES			
EDIFICACION			
EQUIPOS			
SISTEMAS Y PROCESOS	3	BAJA	
SERVICIOS PUBLICOS			
SISTEMAS ALTERNOS			
RECUPERACION			

Fuente: autora.

Nivel del Riesgo

Calificación del Riesgo

Tabla 12 Calificación del Riesgo

Sumatoria de Rombos	Calificación	Ejemplo
3 ó 4	**Alto**	

1 ó 2 **3 ó 4**	**Medio**	
1 ó 2	**Bajo**	

Fuente: Guía para Elaborar Planes de Emergencia y Contingencias DPAE

Diamante de Riesgo

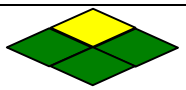
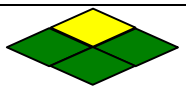
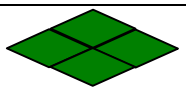
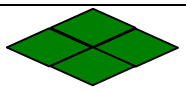
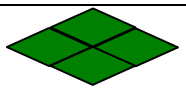
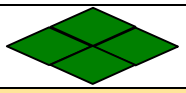
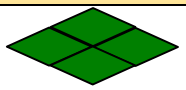
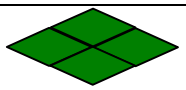
Cada rombo se le asigna un color de acuerdo al análisis anterior:

Figura 2. Diamante de riesgo. Fuente: Guía para Elaborar Planes de Emergencia y Contingencias DPAE

Consolidado Nivel de Riesgo Cesalud S.A

Tabla 13 Consolidado Nivel de riesgo Cesalud S.A

AMENAZA	DIAMANTE	INTERPRETACION
	NATURALES	
Movimientos Sísmicos		Bajo

Inundacion		Bajo
Lluvias torrenciales / Granizadas		Bajo
TECNOLOGICOS		
Incendios		Bajo
Explosion		Bajo
Fugas de gas		Bajo
Exposición a Material Peligrosos		Bajo
Accidentes Personales		Bajo
SOCIAL		
Atentados terroristas		Bajo
Delincuencia / Robo		Bajo

Fuente: autora

Medidas de Intervención

Tabla 14. Medidas de intervención

PRIORIZACIÓN DE AMENAZAS Y MEDIDAS DE INTERVENCIÓN	
AMENAZA	**MEDIDA DE INTERVENCION**

Movimientos Sísmicos	✓ Identificar los lugares más seguros dentro de la institución y revisar que las salidas principales y alternas, estén libres de obstáculos. ✓ Fijar cuadros, lámparas, plantas colgantes. ✓ Asegurar elementos ubicados en partes altas y muebles en lugares bajos o en el suelo. ✓ Asegurar vidrios y ventanas, en lo posible. ✓ Realizar periódicamente mantenimiento de estructura.
Inundacion	✓ Mantenimiento preventivo y correctivo de cubiertas, limpieza de canaletas ✓ Manejo adecuado de basuras y disposición de canecas que disminuyan las basuras en el piso que puedan taponar las tuberías, sumideros, sifones, etc. ✓ Mantenimiento periódico del sistema de aguas lluvias, sifones, etc. Al interior de la Institución. ✓ Atentos a la Información expedidas por entidades oficiales.
Lluvias torrenciales / Granizadas	✓ Mantenimiento preventivo y correctivo de cubiertas, techos (cambio de tejas en mal estado, limpieza de canaletas) ✓ Capacitación y entrenamiento de la Brigada de emergencia. ✓ Rutas de evacuación.
Incendios	✓ Mantener siempre los planes de mantenimiento de redes e inspección de las mismas. ✓ No almacenar productos inflamables. ✓ No haga demasiadas conexiones en contactos múltiples, para evitar la sobre carga de los circuitos eléctricos. Redistribuya los aparatos o instale circuitos adicionales. ✓ En laboratorios, cocinas y otros lugares donde se usen elementos inflamables, recordar al personal el cuidado que deben tener.
Accidentes Personales	✓ Concientizar a las personas en el cuidado de su vida, los peligros que se pueden presentar con los accidentes cuando interactuamos con el entorno.
Delincuencia / Robo	✓ Velar por el cumplimiento de las normas de seguridad establecidas para el ingreso a la institución (personas y vehículos)

	✓ Propender por que el personal contribuya con la identificación de personas o elementos sospechosos

Fuente: autora.

Funciones y Responsabilidades

La Institución, cuenta con la siguiente estructura de apoyo para la atención de emergencia, como se presenta a continuación.

Tabla 15. Asignación de Funciones

GRUPO	CARGO	NOMBRE
Comité Contingencias y Emergencias	Gerente General	Danny Quintero
	Gerente Administrativo y Financiero	Fabio Espinosa
	Presidente COPASST	Maria Cortes
	Inspectora SST	Director QHS
	Jefe de Brigada	Director QHS
CARGO DEL BRIGADISTA	**NOMBRE**	**BRIGADA**
Jefe de Brigada	Director QHS	Primeros auxilios contraincendios, evacuacion.
ARL QUE APOYA LA GESTION: ARL POSITIVA Y SURA		

Fuente: autora.

Plan de Acción

Plan de acción en caso de sismo

Plan de Acción en Caso de Sismo

Objetivo: Definir los pasos a seguir antes, durante y después ante la emergencia de un sismo o terremoto.

Responsables: Brigadistas, jefe de emergencias, empleados, comité de emergencias.

Apoyo externo: Bomberos, Cruz Roja, Defensa Civil, Secretaría de Salud

Recursos: Extintor, botiquín de primeros auxilios, equipos y materiales para afrontar la emergencia.

Riesgos Asociados:

- **Físicos:** Laceraciones cutáneas.
- **Biológicos:** Intoxicación por inhalación de gases.
- **Accidentalidad:** Caídas en superficies lisas,

Procedimiento

Antes:

Brigadista:

- ✓ Medidas de prevención
- ✓ Identificación de lugares seguros dentro de la institución
- ✓ Capacitaciones
- ✓ Simulacros

Personal:

- ✓ Conocimiento de medidas de prevención

Durante:

Personal:

- ✓ Conserve la calma
- ✓ Evite el pánico
- ✓ Aléjese de elementos y vidrios que puedan caer
- ✓ No evacue durante el sismo
- ✓ Control personal
- ✓ Evitar salir

- ✓ Permanezca en un sitio seguro
- ✓ Espere instrucciones del brigadista

Brigadista:

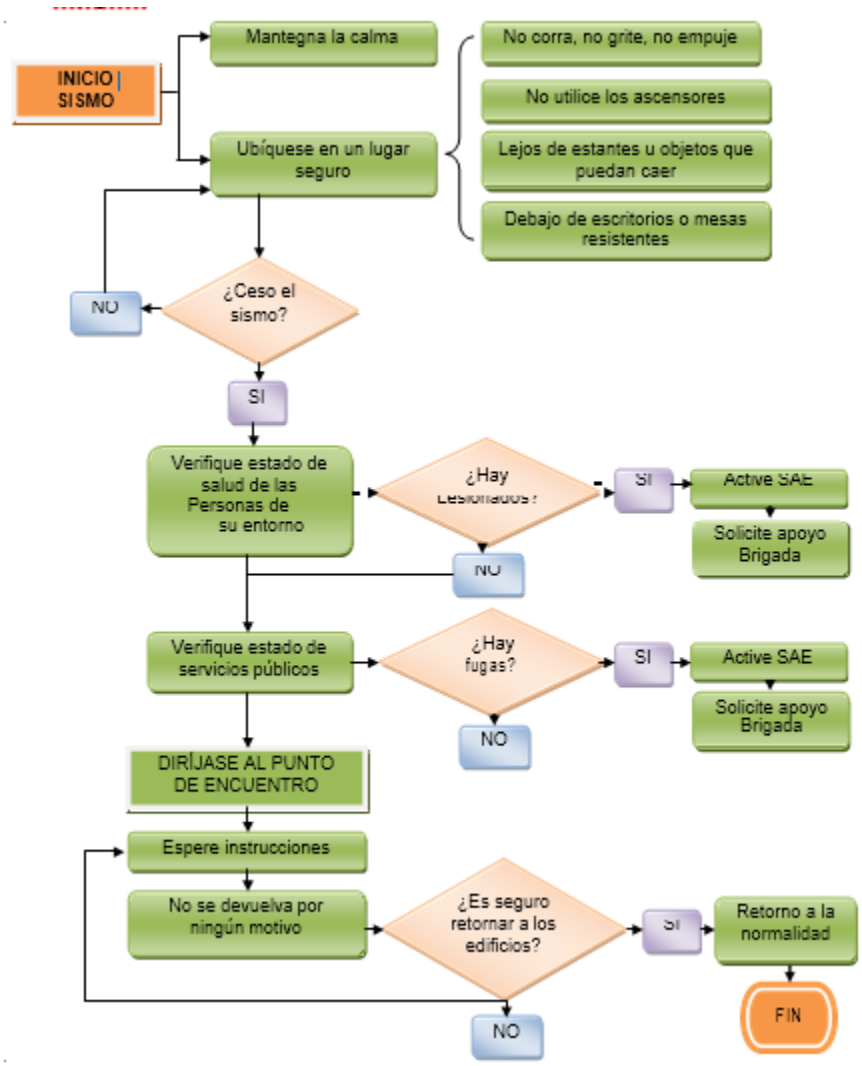
- ✓ Guía en el momento de la emergencia

Después:

Brigadista:

- ✓ Verifica si hay personas lesionadas y coordine la atención de primeros auxilios y transporte
- ✓ Verifica riesgos asociados al sismo.
- ✓ Dirije la evacuación al recibir la orden
- ✓ Reporte novedades de su área el jefe de emergencia

Flujograma de actividades ante un Sismo o Terremoto



Plan de acción en caso de Incendio o Conato

Plan de Acción en Caso de Incendio o Conato
Objetivo: Definir los pasos a seguir antes, durante y después ante la emergencia de un incendio o conato.
Responsables: Brigadistas, jefe de emergencias, empleados, comité de emergencias.
Apoyo externo: Bomberos, Cruz Roja, Defensa Civil, Secretaría de Salud

Tipos de Incendios:

Clase A: Muebles de madera, papelería, divisiones modulares
Clase B: Líquidos inflamables
Clase C: Equipos eléctricos.

Recursos: Gabinetes, Sensores de humo, extintores; dependiendo el tipo de incendio (A, B, C), material de señalización, iluminación, comunicaciones (radios), elementos de protección personal.

Riesgos Asociados:

- **Físicos:** Quemaduras.
- **Biológicos:** Intoxicación por inhalación de gases.
- **Accidentalidad:** Caídas en superficies lisas, propagación del fuego.

Procedimiento

Antes:

Brigadista:

- ✓ Medidas de prevención
  Mantenimiento a las edificaciones
  Mantenimiento a los recurso (equipos utilizados: extintoras, gabinetes etc.)
- ✓ Capacitaciones
- ✓ Simulacros

Personal:

- ✓ Conocimiento de medidas de prevención

Durante:

Personal:

- ✓ Conserve la calma
- ✓ Evite el pánico
- ✓ Intente controlarlo con el extintor adecuado, actúe siempre con seguridad, no le dé la espalda al fuego, si hay humo agáchese.
- ✓ Pedir ayuda a más brigadistas o al jefe de brigada. Intente controlar el incendio
- ✓ Evacuar

Brigadista:

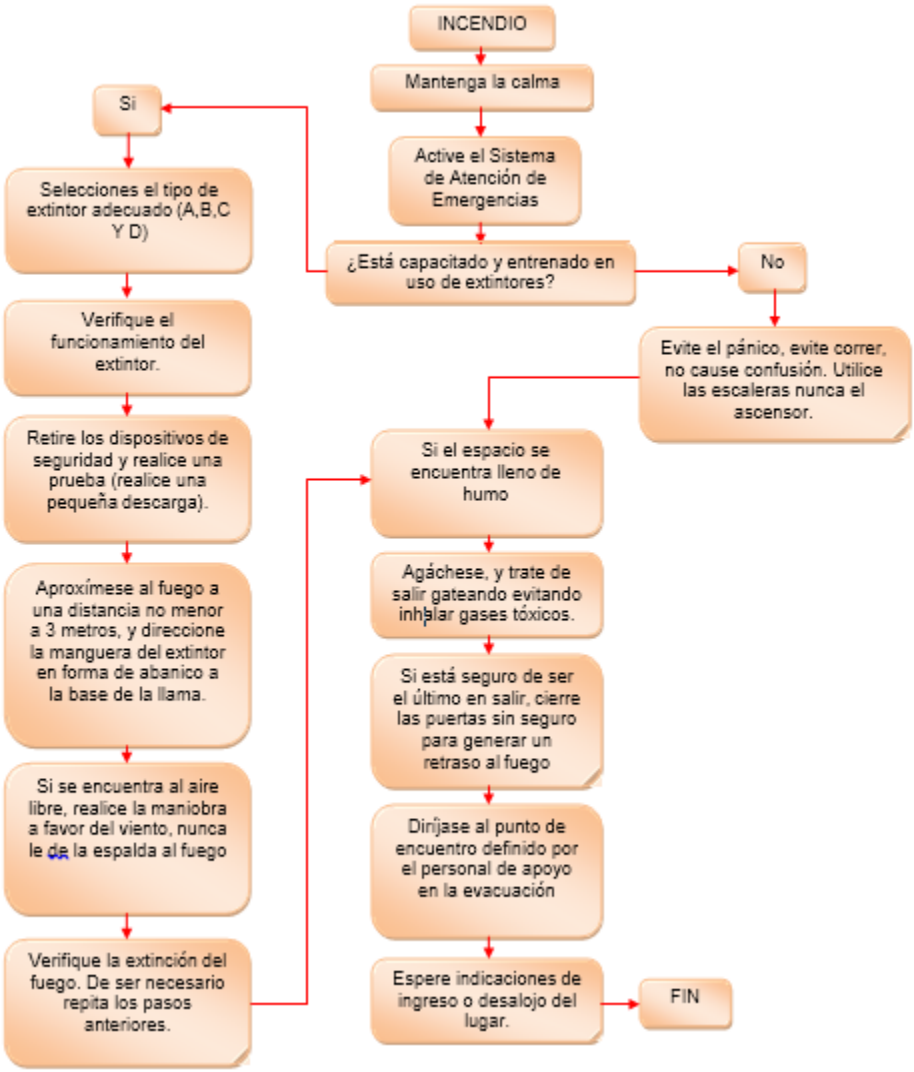
- ✓ Coordina y dirige actividades de primera respuesta de control del fuego Active la línea de emergencia 123
- ✓ Evalúa la situación y determine la necesidad de evacuar o no las instalaciones
- ✓ Dirigirse al puesto de comando y active al comité de emergencia en caso necesario
- ✓ Coordinar operación contra incendio, con entidades de apoyo externo
- ✓ Guía en el momento de la emergencia

Después:

Brigadista:

- ✓ Verificar si hay personas lesionadas y coordine la atención de primeros auxilios y transporte
- ✓ Verificar los dalos y adecuación del lugar
- ✓ Verificar riesgos asociados al sismo.
- ✓ Inventario de recursos físicos y materiales dañados
- ✓ Tomar medidas correctivas
- ✓ Reporte novedades de su área el jefe de emergencia

Flujograma de actividades ante un Incendio o Conato



Plan de acción en caso de Accidente

Plan de Acción en Caso de Accidentes
Objetivo: Definir los pasos a seguir antes, durante y después de un accidente laboral.
Responsables: Brigadistas, jefe de emergencias, empleados.
Apoyo externo: Línea ARL, Emergencias 123.
Recursos: Equipos de primeros auxilios (botiquín, camillas, etc).

Riesgos Asociados:

- **Físicos:** Lesiones
- **Biológicos:** Contaminación.
- **Otros:** Pánico, ansiedad.

.

Procedimiento

Antes:

Brigadista:

- ✓ Medidas de prevención
  Mantenimiento en los puestos de trabajo para evitar accidentes
  Mantenimiento a los recursos (equipos de primeros auxilios)
- ✓ Capacitaciones
- ✓ Simulacros

Personal:

- ✓ Conocimiento de medidas de prevención

Durante:

Personal:

- ✓ Conserve la calma
- ✓ Pedir ayuda a más brigadistas o al jefe de brigada.
- ✓ No mover al accidentado.

Brigadista:

- ✓ Dirigirse al sitio del accidente, llevando botiquín de primeros auxilios.
- ✓ Atienda y estabilice al accidentado
- ✓ Prestar los primero auxilios.
- ✓ Trasladar al centro médico más cercano, según sea el caso de accidente que lo amerite

Jefe de Brigada:

- ✓ Dirigirse al sitio del accidente y evaluar la situación

- ✓ Comunicar la situación, estado del accidentado a la dirección QHS.
- ✓ Elabore el informe de accidente de trabajo
- ✓ Asigna acompañante al accidentado
- ✓ Verifique que se disponga de documento de identidad del accidentado y carné de la ARL
- ✓ Aviso a la familia del accidentado, indicando entidad a la que se dirigen, nombre del acompañante y número de celular.

Después:

Director QHS

- ✓ Elaboración del formato registro de accidentes.
- ✓ Investigación del accidente.
- ✓ Determinar controles.
- ✓ Acompañamiento al empleado accidentado

Aspectos organizativos

Señalización

- Definir rutas de evacuación.
- Ubicación de implementos y materiales para afrontar la evacuación.
- Registro de sitios de riesgo.
- Plano informativo.

Acciones

Definir rutas de salida, peligros existentes a emergencias, establecer un reglamento de comportamiento a los usuarios (comunidad educativa), determinar las convecciones y símbolos que serán utilizados en el momento de una emergencia buscando que sea de fácil interpretación.

Ejecución de las actividades.

Registrada en cada una de las matrices.

Alarmas

Como alarmas utilizamos un sistema eléctrico que se encuentra ubicado en la sala de material y el cual será accionado por dos personas responsables que se encuentren cerca de ella. Como auxiliar se utilizara un pito como alarma manual.

La alarma eléctrica funcionará en un solo tiempo que le permitirá a cada coordinador prepararse y evacuar en el tiempo menos posible.

El pito sonara dos veces para el tiempo de preparación y tres para evacuación. El uso de la alarma se irá perfeccionando hasta que todo el personal se familiarice con ella. (Simulacros).

Referencias

Dirección de prevención y atención de emergencias DPAE. (2009). Guía para Elaborar Planes de Emergencia y Contingencias. Bogotá: pdf.

Anexo 9. Matriz de riesgos y peligros

	CENTRO EMPRESARIAL EN SALUD CESALUD S.A.	**FECHA DE EMISION Mayo 2016**
	MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS, VALORACIÓN DE RIESGOS Y DETERMINACIÓN DE CONTROLES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	**CODIGO: SGI-MZ-02**
	RAZON SOCIAL: Cesalud, Es una institución de carácter educativo, que oferta formación integral técnica en competencias laborales y educación informal en las áreas de la salud, ciencias sociales y humanas, alineando sus egresados con principios éticos, críticos, creativos, innovadores, que asuman responsabilidad en la sociedad con transparencia, conocimiento de respeto por los seres humanos y sus derechos, contribuyendo al bien común y al desarrollo social, cultural, empresarial y científico en el contexto regional y nacional.	**VERSION: 01**
		PAGINA:

VALORACION DE RIESGOS																														
			PELIGRO							CONTROLES EXISTENTES				# DE PERSONAS EXPUESTAS	ACEPTABILIDAD DEL RIESGO								MEDIDAS DE INTERVENCION						
PROCESO/ÁREA	CARGO	TIPO DE ACTIVIDAD	CONDICION	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	EFECTOS POSIBLES	HORAS EXP. DIA	Fuente	Medio	Persona	Trabajador	Nivel de Deficiencia	Nivel de Exposición	Nivel Probabilidad (NDxNE)	Interpretación NP	Nivel de Consecuencia	Nivel de Riesgo	Nivel de Intervencion del Riesgo.	Aceptabilidad del Riesgo	Eliminación	Sustitucion	Controles de Ingenieria	Señalizacion, Advertencia, controles Administrativos	Equipos de Proteccion Personal	RECOMENDACIONES

ADMINISTRATIVOS	Gerente, Director Administrativo, Auxiliar Contable, Auxiliar Administrativa, Recepcionista, coordinadora Academica	Rutinaria	Biomecánica	Adopción de postura sedente prologada frente a videoterminal	BIOMECANIO: Postura Sedente Prolongada	Fatiga, alteraciones del sistema vascular, alteraciones lumbares, dorsales, cervicales y sacras.	9	-			7	2	4	8	**Medio**	25	200	**II**	**ACEPTABLE CON CONTROL ESPECIFICO**			Realizar intervencion al diseño del puesto de trabajo con base en las inspecciones ergonomicas realizadas a los puestos de trabajo.	Capacitación en todo lo concerniente al factor de riesgo Biomecánico, pausas activas y descansos, manejo adecuado de videoterminal e higiene Postural. Realizar inspecciones ergonomicas a puestos de trabajo. Implementar Sistema de Vigilancia epidemiológica para riesgo Biomecánico.		
	Gerente, Director Administrativo, Auxiliar Contable, Auxiliar Administrativa, Recepcionista, coordinadora Academica	Rutinaria	Biomecánico	Procesos que implican uso de videoterminal (digitar y manejo de mouse)	BIOMECANICO: Movimientos repetitivos a nivel de miembros superiores	Alteraciones por trauma acumulativo, Fatiga muscular, lesiones musculo esqueléticas a nivel de miembros superiores	9	-			7	2	4	8	**Medio**	25	150	**II**	**ACEPTABLE CON CONTROL ESPECIFICO**			Realizar intervencion al diseño del puesto de trabajo con base en las inspecciones ergonomicas realizadas a los puestos de trabajo.	Capacitación en todo lo concerniente al factor de riesgo Biomecánico, pausas activas y descansos, manejo adecuado de videoterminal e higiene Postural. Realizar inspecciones ergonomicas a puestos de trabajo. Implementar Sistema de Vigilancia epidemiológica para riesgo Biomecánico.		

	Gerente, Director Administrativo, Auxiliar Contable, Auxiliar Administrativa, Recepcionista, coordinadora Academica	Rutinaria	Seguridad	Manejo de herramientas de oficina	MECANICO: Manejo de herramientas	Golpes, heridas	9				7	2	2	4	**Bajo**	25	100	**III**	**ACEPTABLE**				Capacitar sobre el uso correcto de herramientas de trabajo, garantizar el cambio oportuno de las herramientas.		
	Gerente, Director Administrativo, Auxiliar Contable, Auxiliar Administrativa, Recepcionista, coordinadora Academica	Rutinaria	Seguridad	Tránsito por superficies de trabajo con características deslizantes, cableado suelto.	LOCATIVO: Superficies de Transito	Caídas, golpes, resbalones	9				7	2	3	6	**Medio**	60	360	**II**	**ACEPTABLE CON CONTROL ESPECIFICO**			Implementar cintas antideslizantes en rampas, Demarcar desniveles, ajustar cableado suelto.	Ubicar señalización preventiva de piso humedo, capacitar sobre el riesgo, establecer estandares de seguridad para el trafico de personas.		

	Gerente, Director Administrativo, Auxiliar Contable, Auxiliar Administrativa, Recepcionista, coordinadora Academica	Rutinaria	Seguridad	Tanque de Agua Ubicado sobre el baño de mujeres, Deterioro en el techo de algunas areas como sistemas, caida de objetos, aire acondicionado ubicado en via de circulación.	LOCATIVO: Orden y Aseo	Caidas, golpes, resbalones, fracturas, muerte	9				7	6	2	12	Alto	100	1200	I	NO ACEPTABLE			Establecer un control de ingenieria que permita verificar la seguridad con la cual se encuentra anclado el tanque de agua , el aire acondicionado del pasillo y las condiciones actuales del techo de las instalaciones.	Realizar inspecciones periódicas generales y especificas a las instalaciones físicas. Capacitar al personal en el riesgo.		

	Gerente, Director Administrativo, Auxiliar Contable, Auxiliar Administrativa, Recepcionista, coordinadora Academica	Rutinaria	Psicosocial	Estilos de mando, supervisión técnica, definición de funciones, Volumen de atención y responsabilidad de la tarea., funciones múltiples, niveles de participación, estabilidad laboral, salario, reconocimiento	PSICOSOCIAL: Organización del Trabajo	Desmotivación laboral, disminución del rendimiento, falta de concentración, ansiedad, depresión, conductas agresivas y accidentes de trabajo.	9				7	2	3	6	**Medio**	25	150	**II**	**ACEPTABLE CON CONTROL ESPECIFICO**				Adelantar diagnostico de riesgos psicosociales con base en la resolución 2646 de 2008. Capacitaciones en: Trabajo en equipo, clima organizacional, motivación laboral, manejo del estrés, comunicación asertiva, relaciones interpersonales, prevención del estrés.		
	Gerente, Director Administrativo, Auxiliar Contable, Auxiliar Administrativa, Recepcionista, coordinadora Academica	Rutinaria	Higiene	Manejo de Videoterminal-Exposición a iluminación artificial	FISICO: Radiaciones No Ionizantes	Fatiga Visual, cefalea	9				7	2	4	8	**Medio**	10	80	**III**	**ACEPTABLE**			Verificar el correcto estado y disposición de las luminarias sobre los plano de trabajo	Capacitar sobre el riesgo, Promover la realización de pausas visuales. Realizar actividades de promoción y prevención a nivel visual.		

	Gerente, Director Administrativo, Auxiliar Contable, Auxiliar Administrativa, Recepcionista, coordinadora Academica	Rutinaria	Seguridad	Conectar y desconectar equipos electricos. Debilidad en toma corrientes reguladas, algunas cajillas sin marcación de breakers	ELECTRICO (baja tensión, estatica, contacto indirecto)	Tetanización, paro respiratorio, asifixia, fibrilación ventricular, sistema nervioso, sistema muscular, sistema cardiovascular.	9				7	6	2	12	Alto	100	1200	I	NO ACEPTABLE			Revision de instalaciones electricas, principalmente instalaciones defectuosas. Velar por la no sobre carga de multitomas. Garantizar condiciones de seguridad con base en el reglamento tecnico de instalaciones electricas.	Señalizar los tableros eléctricos y marcación de los breaker según el lugar al cual corresponden. Capacitar al personal sobre el riesgo.		
	Gerente, Director Administrativo, Auxiliar Contable, Auxiliar Administrativa, Recepcionista, coordinadora Academica	Rutinaria	Seguridad	Se observa presencia de equipos electricos, almacenamiento de materiales como papel, carton.	TECNOLOGICO (incendio- Fuga-Explosión)	Quemaduras, lesiones múltiples	9		Ubicación de extintores portatiles.		7	6	2	12	Alto	100	1200	I	NO ACEPTABLE			Se recomienda la instalación del sistema de alarma en caso de emergencia.	Se requiere definir los roles y responsabilidades del personal dentro del Plan de emergencias. Retirar de las salidas cualquier obstáculo que pueda impedir la libre movilización del personal en caso de evacuación.	Dotar a cada una de las brigadas de los elementos identificados dentro de los recursos del plan de Emergencias.	

	Gerente, Director Administrativo, Auxiliar Contable, Auxiliar Administrativa, Recepcionista, coordinadora Academica	Rutinaria	Seguridad	Actividades desplazamiento por actividades de la empresa. Desplazamiento en vehiculos propios, publico o como peaton.	TRANSITO	Muertes, fracturas, contusiones, laceraciones.	9				7	6	2	12	Alto	100	1200	I	NO ACEPTABLE				Establecer una politica de seguridad vial. Definir al interior de la organización las personas autorizadas para realizar desplazamientos y en que vehiculos estan autorizados, con base en esto asegurar capacitación, entrenamiento y el monitoreo de las condiciones mecanicas de los vehiculos.		
	Gerente, Director Administrativo, Auxiliar Contable, Auxiliar Administrativa, Recepcionista, coordinadora Academica	Rutinaria	Biologico	Atención a clientes externos.	BIOLOGICO: Virus- Bacterias, hongos	Reacciones Alergicas, enfermedades infectocontagiosas, alteraciones en los diferentes sistemas, dermatosis, reacciones alergicas, enfermedades micoticas, alteraciones en diferentes sistemas	9				7	2	3	6	Medio	25	150	II	ACEPTABLE CON CONTROL ESPECIFICO				Se recomienda realizar examenes medicos periodicos , revision de estado de salud del trabajador expuesto a fin de garantizar y priorizar las acciones de medicina preventiva medicina en el trabajo. Validar con medico ocupacional los esquema de vacunacion de acuerdo a la exposición al riesgo.		
	Gerente, Director Administrativo, Auxiliar Contable, Auxiliar Administrativa, Recepcionista, coordinadora Academica	Rutinaria	Higiene	Uso del Telefono para atencion a cliente externo e interno.	FISICO: Ruido.	Fatiga- Estrés dismunción del umbral auditivo	9				7	2	2	4	Bajo	25	100	III	ACEPTABLE				Realizar examenes medicos de ingreso, validar con medico ocupacional la necesidad de realizar audiometrias periodicas periodicos para monitorear el estado de salud. (Audiometrias de Ingreso y Periodicas) Promover la realización pausas durante la jornada con el proposito de		

																						disminuir la exposición al riesgo.		
	Gerente, Director Administrativo, Auxiliar Contable, Auxiliar Administrativa, Recepcionista, coordinadora Academica	Rutinaria	Seguridad	Instalaciones suceptibles de fenomenos naturales	FENOMENOS NATURALES:Sismo, terremoto.	Daños en los equipos, las estructuras, lesiones fisicas, secuelas psicologicas.	9				7	6	1	6	**Medio**	100	600	**I**	**NO ACEPTABLE**			Se recomienda la instalación del sistema de alarma en caso de emergencia. Es importante garantizar el mantenimiento preventivo y/o corretivo de las instalaciones locativas en general.	Se requiere definir los roles y responsabilidades del personal dentro del Plan de emergencias. Retirar de las salidas cualquier obstáculo que pueda impedir la libre movilización del personal en caso de evacuación.		

DOCENTES	Docentes	Rutinaria	Condiciones de seguridad	Desplazamiento en las instalaciones de la empresa y en diversos establecimientos en los cuales los estudiantes se encuentran en practica, lo cual implica transito por superficies de trabajo con características deslizantes, cableado suelto.	LOCATIVO: Superficies de Transito	Caídas, golpes, resbalones	9				15	6	3	18	ALTO	60	1080	I	NO ACEPTABLE			Mantener en buenas condiciones las cintas antideslizantes de las escaleras y la demarcación de los desniveles.	Mantener orden y aseo. Los pasillos de circulación deben mantener libres de obstaculos. Realizar inspecciones periodicas de seguridad a las areas.		
	Docentes	Rutinaria	Condiciones de seguridad	Tanque de Agua Ubicado sobre el baño de mujeres, Deterioro en el techo de algunas areas como sistemas, caida de objetos, aire acondicionado ubicado en via de circulación.	LOCATIVO: Orden y Aseo	Caidas, golpes, resbalones, fracturas, muerte	9				15	6	3	12	ALTO	60	720	I	NO ACEPTABLE			Establecer un control de ingenieria que permita verificar la seguridad con la cual se encuentra anclado el tanque de agua , el aire acondicionado del pasillo y las condiciones actuales del techo de las instalaciones.	Realizar inspecciones periódicas generales y especificas a las instalaciones físicas. Capacitar al personal en el riesgo.		
	Docentes	Rutinaria	Físico	Exposición durante la jornada, luz artificial, radiación del computador	RADIACIONES NO IONIZANTES	Fatiga visual, cefalea, irritabilidad.	9				15	2	3	6	MEDIO	10	60	III	ACEPTABLE			Garantizar el mantenimiento preventivo y/o correctivo de luminarias y equipos de computo.	Promover la realización de pausas visuales, realizar jornadas de salud visual, realizar examenes medicos ocupacionales.		

	Docentes	Rutinaria	Físico	Ruido generado por los estudiantes, por el uso de equipos como impresoras, telefonos, compresores	RUIDO	Irritabilidad, Cefalea, Disminución Temporal Del Umbral Auditivo, Inducida Por Ruido, (Hipoacusia Neurosensorial)	9				15	2	2	4	BAJO	25	100	III	ACEPTABLE				Establecer pautas que permitan general el control del ruido.Verificar con medico ocupacional la necesidad de realizar adudiometrias periodicas.		
	Docentes	Rutinaria	Biomecanico	Uso de equipos de trabajo como videoterminal, actividades que implican escribir de forma manual.	BIOMECANICO: Movimientos repetitivos a nivel de miembros superiores.	Alteraciones ósteo musculares a nivel de miembros superiores, tendinitis, sindrome de tunel del carpo.	9				15	2	3	6	MEDIO	25	150	II	ACEPTABLE CON CONTROL ESPECIFICO			Realizar intervencion al diseño del puesto de trabajo.	Capacitación en todo lo concerniente al factor de riesgo Biomecánico, pausas activas y descansos, manejo adecuado de videoterminal e higiene Postural. Realizar inspecciones ergonomicas a puestos de trabajo. Implementar Sistema de Vigilancia epidemiológica para riesgo Biomecánico.		
	Docentes	Rutinaria	Biomecanico	Uso prolongado de la voz	BIOMECANICO: Carga Dinamica por sobre-esfuerzo de la voz	Disfonia y afecciones de garganta	9				15	2	4	8	MEDIO	25	200	II	ACEPTABLE CON CONTROL ESPECIFICO				Capacitar a los colaboradores sobre el riesgo. Garantizar fuentes de hidratación a temperatura ambiente, facilitar en caso de requerirse amplificar la voz con el uso de microfonos.		

	Docentes	Rutinaria	Biomecanico	Colaborar con la manipulación manual de pacientes	BIOMECANICO: Manipulación de cargas	Alteraciones ósteo musculares, cervicalgias, dorsalgias, lumbalgias, tendinitis.	6				15	2	3	6	**MEDIO**	25	150	**III**	**ACEPTABLE CON CONTROL ESPECIFICO**				Capacitación en todo lo concerniente al factor de riesgo Biomecánico, pausas activas , manipulación manual de pacientes. Realizar inspecciones ergonomicas a puestos de trabajo. Implementar Sistema de Vigilancia epidemiológica para riesgo Biomecánico.		
	Docentes	Rutinaria	Biomecanico	Mantener postura bipeda prolongada con desplazamientos.	BIOMECANICO: Postura	Alteraciones ósteo musculares, cervicalgias, dorsalgias, lumbalgias.	9				15	2	3	6	**MEDIO**	25	150	**II**	**ACEPTABLE CON CONTROL ESPECIFICO**				Capacitación en todo lo concerniente al factor de riesgo Biomecánico, pausas activas y descansos, manejo adecuado de videoterminal e higiene Postural. Realizar inspecciones ergonomicas a puestos de trabajo. Implementar Sistema de Vigilancia epidemiológica para riesgo Biomecánico.		
	Docentes	Rutinaria	Condiciones de seguridad	Atención de usuarios en Instituciones prestadoras de servicios de salud, atencion de requerimientos de estudiantes	PUBLICO (Robos, atracos, asaltos, atentados, desorden público, etc.)	Fatiga, estrés, fracturas, contusiones, laceraciones	9				15	2	2	4	**BAJO**	100	400	**II**	**ACEPTABLE CON CONTROL ESPECIFICO**				Capacitar sobre pautas básica para afrontar situaciones de riesgo publico. Estandarizar, documentar y divulgar procedimientos y protocolos para establecer como actuar antes, durante y despues de un evento.		

	Docentes	Rutinaria	Psicosocial	Contenido de la tarea.	PSICOSOCIAL: Gestion organizacional, caracteristicas de la organizacion, caracteristicas del grupo social de trabajo, interfase persona tarea, jornada de trabajo.	Estrés, disminución de la productividad, ausentismo laboral, desmotivacion, inseguridad, sindrome de burnout, mobbing, tambien se dan consecuencias fisicas tales como tratornos gastrointestinales,cardiovasculares, respiratorios, endocrinos, sexuales, dermatologicos y musculo esqueléticos.	9				15	2	3	6	**MEDIO**	25	150	**II**	**ACEPTABLE CON CONTROL ESPECIFICO**				Realizar estudios para obtener el dignostico de riesgos psicosociales a fin de definir las acciones de intervención segun la resolución 2646 de 2008. Capacitaciones en: Trabajo en equipo, clima organizacional, motivación laboral, manejo del estrés, comunicación asertiva, relaciones interpersonales, prevención del estrés.		

	Docentes	Rutinaria	Biologico	Contacto con sangre y otros fluidos organicos y/o corporales a través de salpicaduras, derrames, aerosoles, durante la realizaciòn de procedimientos, contacto con pacientes con enfermedades infectocontagiosas.	BIIOLOGICO: Microorganismos: Virus, hongos, bacterias.	Reacciones Alergicas, enfermedades infectocontagiosas, alteraciones en los diferentes sistemas y muerte.	9				15	6	2	12	ALTO	25	300	II	ACEPTABLE CON CONTROL ESPECIFICO				Esquema de vacunacion de Hepatitis B. y C. Se recomienda realizar examenes medicos periodicos, revision de estado de salud del trabajador expuesto. Aseo de manos entre paciente y paciente (Protocolo lavado de manos). Realizar Cambio de guantes entre paciente y paciente. (EPP, Batas) Manejo de pacientes como potencialmente infectado. . Abstenerse de tocar el cuerpo o cualquier objeto no necesario con las manos enguantadas. Se requiere realizar seguimiento a programa de vigilancia epidemiologica de riesgo Biologico. * Capacitacion manual de bioseguridad (lavado de manos despues de cada procedimiento).		

	Docentes	Rutinaria	Condiciones de seguridad	Desplazamientos ocasionales fuera de la institución para realizar actividades propias de la misma.	TRANSITO	Muertes, fracturas, contusiones, laceraciones.	9				15	6	2	12	ALTO	100	120 0	I	NO ACEPTABLE				Establecer una politica de seguridad vial. Definir al interior de la organización las personas autorizadas para realizar desplazamientos y en que vehiculos estan autorizados, con base en esto asegurar capacitación, entrenamiento y el monitoreo de las condiciones mecanicas de los vehiculos.		
	Docentes	Rutinaria	Condiciones de seguridad	Manipulación de elementos cortopunzantes, posible salpicadura de fluidos	MECANICO (elementos de máquinas, herramientas, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos	Cortaduras, golpes, introducción de cuerpos extraños, atrapamientos.	9				15	2	3	6	MEDIO	25	150	III	ACEPTABLE CON CONTROL ESPECIFICO				Capacitar sobre el manejo seguro de elementos corto-punzantes. Suministro de Elementos de protección personal.		
	Docentes	Rutinaria	Quimico	Manejo de sustancias químicas como productos de asepsia, medicamentos	QUIMICO (Liquidos, gases y vapores)	Afecciones respiratorias.	9				15	2	3	6	MEDIO	25	150	II	ACEPTABLE CON CONTROL ESPECIFICO				Documentar y divulgar la hoja de seguridad de los productos quimicos que se utilizan en la actividad. Establecer procedimientos de manejo seguro. Suministrar elementos de protección de acuerdo con la hoja de seguridad de cada sustancia. Almacenar de acuerdo a matriz de compatibilidad.		

	Docentes	Rutinaria	Seguridad	Conectar y desconectar equipos electricos. Debilidad en toma corrientes reguladas, algunas cajillas sin marcación de breakers	ELECTRICO (baja tensión, estatica, contacto indirecto)	Tetanización, paro respiratorio, asifixia, fibrilación ventricular, sistema nervioso, sistema muscular, sistema cardiovascular.	9				15	6	2	12	**Alto**	100	1200	I	**NO ACEPTABLE**			Revision de instalaciones electricas, principalmente instalaciones defectuosas. Velar por la no sobre carga de multitomas. Garantizar condiciones de seguridad con base en el reglamento tecnico de instalaciones electricas.	Señalizar los tableros eléctricos y marcación de los breaker según el lugar al cual corresponden. Capacitar al personal sobre el riesgo.		
	Docentes	Rutinaria	Seguridad	Se observa presencia de equipos electricos, almacenamiento de materiales como papel, carton.	TECNOLOGICO (incendio- Fuga-Explosión)	Quemaduras, lesiones múltiples	9				15	6	2	12	**Alto**	100	1200	I	**NO ACEPTABLE**			Se recomienda la instalación del sistema de alarma en caso de emergencia.	Se requiere definir los roles y responsabilidades del personal dentro del Plan de emergencias. Retirar de las salidas cualquier obstáculo que pueda impedir la libre movilización del personal en caso de evacuación.	Dotar a cada una de las brigadas de los elementos identificados dentro de los recursos del plan de Emergencias.	
	Docentes	Rutinaria	Seguridad	Instalaciones suceptibles de fenomenos naturales	FENOMENOS NATURALES:Sismo, terremoto.	Daños en los equipos, las estructuras, lesiones fisicas, secuelas psicologicas.	9				15	6	1	6	**Medio**	100	600	I	**NO ACEPTABLE**			Se recomienda la instalación del sistema de alarma en caso de emergencia. Es importante garantizar el mantenimiento preventivo y/o corretivo de las instalaciones locativas en general.	Se requiere definir los roles y responsabilidades del personal dentro del Plan de emergencias. Retirar de las salidas cualquier obstáculo que pueda impedir la libre movilización del personal en caso de evacuación.		

ESTUDIANTES	Estudiantes	Rutinaria	Condiciones de seguridad	Desplazamiento en las instalaciones de la empresa y en diversos establecimientos en los cuales los estudiantes se encuentran en practica, lo cual implica transito por superficies de trabajo con características deslizantes, cableado suelto.	LOCATIVO: Superficies de Transito	Caídas, golpes, resbalones	9				27	6	3	18	ALTO	60	1080	I	NO ACEPTABLE			Mantener en buenas condiciones las cintas antideslizantes de las escaleras y la demarcación de los desniveles.	Mantener orden y aseo. Los pasillos de circulación deben mantener libres de obstaculos. Realizar inspecciones periodicas de seguridad a las areas.		
	Estudiantes	Rutinaria	Condiciones de seguridad	Tanque de Agua Ubicado sobre el baño de mujeres, Deterioro en el techo de algunas areas como sistemas, caida de objetos, aire acondicionado ubicado en via de circulación.	LOCATIVO: Orden y Aseo	Caidas, golpes, resbalones, fracturas, muerte	9				27	6	3	12	ALTO	60	720	I	NO ACEPTABLE			Establecer un control de ingenieria que permita verificar la seguridad con la cual se encuentra anclado el tanque de agua , el aire acondicionado del pasillo y las condiciones actuales del techo de las instalaciones.	Realizar inspecciones periódicas generales y especificas a las instalaciones físicas. Capacitar al personal en el riesgo.		
	Estudiantes	Rutinaria	Físico	Exposición durante la jornada, luz artificial, radiación del computador	RADIACIONES NO IONIZANTES	Fatiga visual, cefalea, irritabilidad.	9				27	2	3	6	MEDIO	10	60	III	ACEPTABLE			Garantizar el mantenimiento preventivo y/o correctivo de luminarias y equipos de computo.	Promover la realización de pausas visuales, realizar jornadas de salud visual, realizar examenes medicos ocupacionales.		

	Estudiantes	Rutinaria	Físico	Ruido generado por los estudiantes, por el uso de equipos como impresoras, telefonos, compresores.	RUIDO	Irritabilidad, Cefalea, Disminución Temporal Del Umbral Auditivo, Inducida Por Ruido, (Hipoacusia Neurosensorial)	9				27	2	2	4	BAJO	25	100	III	ACEPTABLE				Establecer pautas que permitan general el control del ruido.Verificar con medico ocupacional la necesidad de realizar adudiometrias periodicas.		
	Estudiantes	Rutinaria	Biomecanico	Uso de equipos de trabajo como videoterminal, actividades que implican escribir de forma manual.	BIOMECANICO: Movimientos repetitivos a nivel de miembros superiores.	Alteraciones ósteo musculares a nivel de miembros superiores, tendinitis, sindrome de tunel del carpo.	9				27	2	3	6	MEDIO	25	150	II	ACEPTABLE CON CONTROL ESPECIFICO			Realizar intervencion al diseño del puesto de trabajo.	Capacitación en todo lo concerniente al factor de riesgo Biomecánico, pausas activas y descansos, manejo adecuado de videoterminal e higiene Postural. Realizar inspecciones ergonomicas a puestos de trabajo. Implementar Sistema de Vigilancia epidemiológica para riesgo Biomecánico.		
	Estudiantes	Rutinaria	Biomecanico	Colaborar con la manipulación manual de pacientes	BIOMECANICO: Manipulación de cargas	Alteraciones ósteo musculares, cervicalgias, dorsalgias, lumbalgias, tendinitis.	6				27	6	2	12	ALTO	25	300	III	ACEPTABLE CON CONTROL ESPECIFICO				Capacitación en todo lo concerniente al factor de riesgo Biomecánico, pausas activas , manipulación manual de pacientes. Realizar inspecciones ergonomicas a puestos de trabajo. Implementar Sistema de Vigilancia epidemiológica para riesgo Biomecánico.		

	Estudiantes	Rutinaria	Biomecanico	Mantener postura bipeda prolongada con desplazamientos.	BIOMECANICO: Postura	Alteraciones ósteo musculares, cervicalgias, dorsalgias, lumbalgias.	9				27	2	3	6	MEDIO	25	150	II	ACEPTABLE CON CONTROL ESPECIFICO				Capacitación en todo lo concerniente al factor de riesgo Biomecánico, pausas activas y descansos, manejo adecuado de videoterminal e higiene Postural. Realizar inspecciones ergonomicas a puestos de trabajo. Implementar Sistema de Vigilancia epidemiológica para riesgo Biomecánico.		
	Estudiantes	Rutinaria	Condiciones de seguridad	Atención de usuarios en Instituciones prestadoras de servicios de salud.	PUBLICO (Robos, atracos, asaltos, atentados, desorden público, etc.)	Fatiga, estrés, fracturas, contusiones, laceraciones	9				27	2	2	4	BAJO	100	400	II	ACEPTABLE CON CONTROL ESPECIFICO				Capacitar sobre pautas básica para afrontar situaciones de riesgo publico. Estandarizar, documentar y divulgar procedimientos y protocolos para establecer como actuar antes, durante y despues de un evento.		

	Estudiantes	Rutinaria	Psicosocial	Contenido de la tarea.	PSICOSOCIAL: Gestion organizacional, caracteristicas de la organizacion, caracteristicas del grupo social de trabajo, interfase persona tarea, jornada de trabajo.	Estrés, disminución de la productividad, ausentismo laboral, desmotivacion, inseguridad, sindrome de burnout, mobbing, tambien se dan consecuencias fisicas tales como tratornos gastrointestinales,cardiovasculares, respiratorios, endocrinos, sexuales, dermatologicos y musculo esqueléticos.	9				27	2	2	4	BAJO	25	100	III	ACEPTABLE				Realizar estudios para obtener el dignostico de riesgos psicosociales a fin de definir las acciones de intervención segun la resolución 2646 de 2008. Capacitaciones en: Trabajo en equipo, clima organizacional, motivación laboral, manejo del estrés, comunicación asertiva, relaciones interpersonales, prevención del estrés.		

	Estudiantes	Rutinaria	Biologico	Contacto con sangre y otros fluidos organicos y/o corporales a través de salpicaduras, derrames, aerosoles, durante la realizaciòn de procedimientos, contacto con pacientes con enfermedades infectocontagiosas.	BIIOLOGICO: Microorganismos: Virus, hongos, bacterias.	Reacciones Alergicas, enfermedades infectocontagiosas, alteraciones en los diferentes sistemas y muerte.	9				27	6	2	12	ALTO	25	300	II	ACEPTABLE CON CONTROL ESPECIFICO				Esquema de vacunacion de Hepatitis B. y C. Se recomienda realizar examenes medicos periodicos, revision de estado de salud del trabajador expuesto. Aseo de manos entre paciente y paciente (Protocolo lavado de manos). Realizar Cambio de guantes entre paciente y paciente. (EPP, Batas) Manejo de pacientes como potencialmente infectado. . Abstenerse de tocar el cuerpo o cualquier objeto no necesario con las manos enguantadas. Se requiere realizar seguimiento a programa de vigilancia epidemiologica de riesgo Biologico. * Capacitacion manual de bioseguridad (lavado de manos despues de cada procedimiento).		

	Estudiantes	Rutinaria	Condiciones de seguridad	Desplazamientos ocasionales fuera de la institución para realizar actividades propias de la misma.	TRANSITO	Muertes, fracturas, contusiones, laceraciones.	9				27	6	2	12	ALTO	100	120 0	I	NO ACEPTABLE				Establecer una politica de seguridad vial. Definir al interior de la organización las personas autorizadas para realizar desplazamientos y en que vehiculos estan autorizados, con base en esto asegurar capacitación, entrenamiento y el monitoreo de las condiciones mecanicas de los vehiculos.		
	Estudiantes	Rutinaria	Condiciones de seguridad	Manipulación de elementos cortopunzantes, posible salpicadura de fluidos	MECANICO (elementos de máquinas, herramientas, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos	Cortaduras, golpes, introducción de cuerpos extraños, atrapamientos.	9				27	2	3	6	MEDIO	25	150	III	ACEPTABLE CON CONTROL ESPECIFICO				Capacitar sobre el manejo seguro de elementos corto-punzantes. Suministro de Elementos de protección personal.		
	Estudiantes	Rutinaria	Quimico	Manejo de sustancias químicas como productos de asepsia, medicamentos	QUIMICO (Liquidos, gases y vapores)	Afecciones respiratorias.	9				27	2	3	6	MEDIO	25	150	II	ACEPTABLE CON CONTROL ESPECIFICO				Documentar y divulgar la hoja de seguridad de los productos quimicos que se utilizan en la actividad. Establecer procedimientos de manejo seguro. Suministrar elementos de protección de acuerdo con la hoja de seguridad de cada sustancia. Almacenar de acuerdo a matriz de compatibilidad.		

	Estudiantes	Rutinaria	Seguridad	Conectar y desconectar equipos electricos. Debilidad en toma corrientes reguladas, algunas cajillas sin marcación de breakers	ELECTRICO (baja tensión, estatica, contacto indirecto)	Tetanización, paro respiratorio, asifixia, fibrilación ventricular, sistema nervioso, sistema muscular, sistema cardiovascular.	9				27	6	2	12	**Alto**	100	1200	I	**NO ACEPTABLE**			Revision de instalaciones electricas, principalmente instalaciones defectuosas. Velar por la no sobre carga de multitomas. Garantizar condiciones de seguridad con base en el reglamento tecnico de instalaciones electricas.	Señalizar los tableros eléctricos y marcación de los breaker según el lugar al cual corresponden. Capacitar al personal sobre el riesgo.		
	Estudiantes	Rutinaria	Seguridad	Se observa presencia de equipos electricos, almacenamiento de materiales como papel, carton.	TECNOLOGICO (incendio- Fuga-Explosión)	Quemaduras, lesiones múltiples	9				27	6	2	12	**Alto**	100	1200	I	**NO ACEPTABLE**			Se recomienda la instalación del sistema de alarma en caso de emergencia.	Se requiere definir los roles y responsabilidades del personal dentro del Plan de emergencias. Retirar de las salidas cualquier obstáculo que pueda impedir la libre movilización del personal en caso de evacuación.	Dotar a cada una de las brigadas de los elementos identificados dentro de los recursos del plan de Emergencias.	
	Estudiantes	Rutinaria	Seguridad	Instalaciones suceptibles de fenomenos naturales	FENOMENOS NATURALES:Sismo, terremoto.	Daños en los equipos, las estructuras, lesiones fisicas, secuelas psicologicas.	9				27	6	1	6	**Medio**	100	600	I	**NO ACEPTABLE**			Se recomienda la instalación del sistema de alarma en caso de emergencia. Es importante garantizar el mantenimiento preventivo y/o corretivo de las instalaciones locativas en general.	Se requiere definir los roles y responsabilidades del personal dentro del Plan de emergencias. Retirar de las salidas cualquier obstáculo que pueda impedir la libre movilización del personal en caso de evacuación.		

SERVICOS GENERALES	Auxiliar Servicios Generales	RUTINARIA	Biomecanico	Permanecer en posicion bipeda prologanda	Posturas Prolongadas	Alteraciones ósteo musculares, cervicalgias, dorsalgias, lumbalgias, tendinitis.	9				1	2	4	8	MEDIO	25	200	II	ACEPTABLE CON CONTROL ESPECIFICO				Capacitación en todo lo concerniente al factor de riesgo Biomecánico, pausas activas y descansos,e higiene Postural. Realizar inspecciones ergonomicas a puestos de trabajo. Implementar Sistema de Vigilancia epidemiológica para riesgo Biomecánico.		
	Auxiliar Servicios Generales	RUTINARIA	Biomecanico	Uso de herramientas propias de la operación para barrer, trapear, limpiar	Movimientos repetitivos a nivel de miembros superiores.	Alteraciones ósteo musculares a nivel de miembros superiores, tendinitis, sindrome de tunel del carpo.	9				1	2	4	8	MEDIO	25	200	II	ACEPTABLE CON CONTROL ESPECIFICO				Capacitación en todo lo concerniente al factor de riesgo Biomecánico, pausas activas y descansos e higiene Postural. Realizar inspecciones ergonomicas a puestos de trabajo. Implementar Sistema de Vigilancia epidemiológica para riesgo Biomecánico.	Gafas, mascarilla desechable, guantes de caucho, delantal de caucho.	
	Auxiliar Servicios Generales	RUTINARIA	Biomecanico	Levantamiento, desplzamiento y descargue con objetos dentro del proceso	Manipulación de cargas	Alteraciones ósteo musculares, cervicalgias, dorsalgias, lumbalgias, tendinitis.	9				1	2	3	6	MEDIO	25	150	II	ACEPTABLE CON CONTROL ESPECIFICO				Capacitación en todo lo concerniente al factor de riesgo Biomecánico, pausas activas y descansos, manejo adecuado de videoterminal e higiene Postural. Realizar inspecciones ergonomicas a puestos de trabajo. Implementar Sistema de Vigilancia epidemiológica para riesgo Biomecánico.		

	Auxiliar Servicios Generales	RUTINARIA	Biológico	Contacto con residuos sanitarios	BIOLOGICO. Virus, bacterias	Heridas, infecciones, intoxicaciones,muerte	9				1	2	3	6	**MEDIO**	60	360	**II**	ACEPTABLE CON CONTROL ESPECIFICO				Realizar cuadro de vacunación al personal expuesto para disminuir su vulnerabilidad a la contaminación. Capacitación sobre el riesgo.	Guantes de caucho	
	Auxiliar Servicios Generales	RUTINARIA	Condiciones de seguridad	Tránsito por superficies de trabajo con características deslizantes, cableado suelto. Actividades que implican transitar sobre superficies humedas	LOCATIVO: Superficies de Transito	Caídas, golpes, resbalones	9				1	6	3	18	**Alto**	60	1080	I	**NO ACEPTABLE**			Implementar cintas antideslizantes en rampas, Demarcar desniveles, ajustar cableado suelto.	Ubicar señalización preventiva de piso humedo, capacitar sobre el riesgo, establecer estandares de seguridad para el trafico de personas.	Dotar de calzado antideslizante .	
	Auxiliar Servicios Generales	RUTINARIA	Condiciones de seguridad	Tanque de Agua Ubicado sobre el baño de mujeres, Deterioro en el techo de algunas areas como sistemas, caida de objetos, aire acondicionado ubicado en via de circulación.	LOCATIVO: Orden y Aseo	Caidas, golpes, resbalones, fracturas, muerte	9				1	6	2	12	**Alto**	100	1200	I	**NO ACEPTABLE**			Establecer un control de ingenieria que permita verificar la seguridad con la cual se encuentra anclado el tanque de agua , el aire acondicionado del pasillo y las condiciones actuales del techo de las instalaciones.	Realizar inspecciones periódicas generales y especificas a las instalaciones físicas. Capacitar al personal en el riesgo.		

	Auxiliar Servicios Generales	RUTINARIA	Condiciones de seguridad	Manejo de herramientas manuales menores, contacto con sustancias calientes	MECANICO (Contacto con sustancias calientes, manejo de herramientas cortopunzantes)	Heridas, amputaciones y laceraciones	9				1	2	3	4	BAJO	60	240	II	ACEPTABLE CON CONTROL ESPECIFICO			Garantizar el mantenimiento preventivo y/o correctivo oportuno de las maquinas y equipos y herramientas .	Capacitar sobre el riesgo. Establecer, documentar y divulgar procedimientos de trabajo seguro para operar maquinas, equipos y herramientas		
	Auxiliar Servicios Generales	RUTINARIA	Químico	Manejo de sustancias como hipoclorito al 5%, varsol para actividades de aseo.	QUIMICO (Liquidos, gases y vapores)	Afecciones respiratorias, neumonitis, asma profesional.	9				1	2	3	6	MEDIO	60	360	II	ACEPTABLE CON CONTROL ESPECIFICO				Documentar y divulgar la hoja de seguridad de los productos quimicos que se utilizan en la actividad. Establecer procedimientos de manejo seguro.		

	Auxiliar Servicios Generales	RUTINARIA	Psicosocial	Contenido de la tarea.	Gestion organizacional, caracteristicas de la organizacion, caracteristicas del grupo social de trabajo, interfase persona tarea, jornada de trabajo.	Estrés, disminución de la productividad, ausentismo laboral, desmotivacion, inseguridad, sindrome de burnout, mobbing, tambien se dan consecuencias fisicas tales como tratornos gastrointestinales,cardiovasculares, respiratorios, endocrinos, sexuales, dermatologicos y musculo esqueléticos.	9				1	2	2	4	**BAJO**	25	100	III	ACEPTABLE				Realizar estudios para obtener el dignostico de riesgos psicosociales a fin de definir las acciones de intervención con base en la resolución 2646 de 2008. Capacitaciones en: Trabajo en equipo, clima organizacional, motivación laboral, manejo del estrés, comunicación asertiva, relaciones interpersonales, prevención del estrés.		
	Auxiliar Servicios Generales	Rutinaria	Seguridad	Conectar y desconectar equipos electricos. Debilidad en toma corrientes reguladas, algunas cajillas sin marcación de breakers	ELECTRICO (baja tensión, estatica, contacto indirecto)	Tetanización, paro respiratorio, asifixia, fibrilación ventricular, sistema nervioso, sistema muscular, sistema cardiovascular.	9				1	6	2	12	**Alto**	100	1200	I	**NO ACEPTABLE**			Revision de instalaciones electricas, principalmente instalaciones defectuosas. Velar por la no sobre carga de multitomas. Garantizar condiciones de seguridad con base en el reglamento tecnico de instalaciones electricas.	Señalizar los tableros eléctricos y marcación de los breaker según el lugar al cual corresponden. Capacitar al personal sobre el riesgo.		

	Auxiliar Servicios Generales	Rutinaria	Seguridad	Se observa presencia de equipos electricos, almacenamiento de materiales como papel, carton.	TECNOLOGICO (incendio- Fuga- Explosión)	Quemaduras, lesiones múltiples	9				1	6	2	12	Alto	100	1200	I	NO ACEPTABLE			Se recomienda la instalación del sistema de alarma en caso de emergencia.	Se requiere definir los roles y responsabilidades del personal dentro del Plan de emergencias. Retirar de las salidas cualquier obstáculo que pueda impedir la libre movilización del personal en caso de evacuación.	Dotar a cada una de las brigadas de los elementos identificados dentro de los recursos del plan de Emergencias .	
	Auxiliar Servicios Generales	Rutinaria	Seguridad	Instalaciones suceptibles de fenomenos naturales	FENOMENOS NATURALES:Sismo, terremoto.	Daños en los equipos, las estructuras, lesiones fisicas, secuelas psicologicas.	9				1	6	1	6	Medio	100	600	I	NO ACEPTABLE			Se recomienda la instalación del sistema de alarma en caso de emergencia. Es importante garantizar el mantenimiento preventivo y/o corretivo de las instalaciones locativas en general.	Se requiere definir los roles y responsabilidades del personal dentro del Plan de emergencias. Retirar de las salidas cualquier obstáculo que pueda impedir la libre movilización del personal en caso de evacuación.		
CONTRATISTA	Contratista	Rutinaria	Condiciones de seguridad	Acceder a superficies por encima de 1, 50 mts para realizar cambio de luminarias, limpieza de tanques de agua, reparaciones locativas	TAREAS DE ALTO RIESGO (Trabajo en alturas)	Politraumatismos, muerte						6	1	6	MEDIO	100	600	I	NO ACEPTABLE				Estandarizar, documentar y divulgar procedimienros de trabajo seguro para alturas, incluyendo listas de chequeo, permisos de trabajo. Realizar gestión de contratistas		
	Contratista	Rutinaria	Condiciones de seguridad	Mantenimiento a instalaciones electricas	ELECTRICO	Paro cardiaco, paro cardiorespiratorio, fibrilación ventricular, quemaduras, muerte						6	1	6	MEDIO	100	600	I	NO ACEPTABLE				Reallizar previo a la labor un analisis de riesgo especifico. Señalizar el area. Cumplir 5 reglas de oro. Realizar la labor asegurando energias peligrosas.. Solo se puede realizar la		

																								actividad con personal con competencias	

Anexo 10. Programa medicina preventiva y del trabajo

Definición

Es el conjunto de actividades dirigidas a la promoción y control de la salud de los trabajadores.

Este programa está orientado especialmente a las acciones de medicina preventiva y medicina del trabajo desde el punto de vista educacional sobre enfermedades comunes y laborales en los trabajadores y sobre las medidas preventivas en general.

Objetivos

- Prevenir y mantener las condiciones generales de salud y calidad de vida de los trabajadores.
- Educar a los trabajadores para prevenir enfermedades comunes, accidente de trabajo, enfermedad laboral y riesgos específicos.
- Elaborar programas de bienestar social y capacitación a todo el personal de la institución para integrar, recrear y desarrollar física, mental y social a todos los trabajadores.
- Capacitar en factores de riesgos, sus efectos sobre la salud y la manera de controlarlos.
- Ubicar al trabajador en el cargo acorde con sus condiciones psicofísicas.
- Hacer seguimiento periódico a los trabajadores expuestos a factores de riesgos específicos.

Actividades generales del programa

- Capacitar en prevención de enfermedades y accidentes de trabajo a los trabajadores.
- Evaluaciones medicas ocupacionales.
- Diagnósticos de salud en los trabajadores.
- Sistema de vigilancia epidemiológica ocupacional.
- Reubicación o rotación del personal de acuerdo a las condiciones de salud.
- Realización de actividades recreativas (pausas activas, semanas de seguridad ocupacional) a cargo de bienestar.
- Seguimiento y rehabilitación del personal que lo amerite.
- Implementación de brigadas de primeros auxilios.

Exámenes Médicos Ocupacionales

La realización de exámenes médicos ocupacionales, tiene como objetivo evaluar el estado de salud de los trabajadores, además de cumplir con un requisito legal.

Examen médico de ingreso

Se realiza cuando el trabajador es vinculado mediante contrato laboral a la institución, con el fin de evaluar las capacidades físicas y mentales del aspirante para desempeñar el cargo.

Examen médico periódico o de seguimiento

Se realizan con el fin de monitorear la exposición del trabajador a factores de riesgos con el fin de establecer acciones de control.

Los exámenes se realizaran de acuerdo a las características de los riesgos a los que el trabajador esté expuesto (tipo de factor de riesgo, magnitud, tiempo de exposición) por el estado de salud y la susceptibilidad individual, o por la pérdida de las capacidades.

Examen médico de retiro o de egreso

Son aquellos que se deben realizar cuando el trabajador termina su relación laboral para valorar y registrar las condiciones de salud del trabajador al momento de retirarse de las tareas o funciones asignadas.

Los exámenes deben suministrar la siguiente información:

- Estado actual de la salud del trabajador.
- Riesgos a los que se encuentra expuesto el trabajador.
- Si el trabajador puede continuar laborando en el mismo cargo.
- En caso de existir alguna patología el trabajador debe ser reubicado o vinculado a un programa de vigilancia epidemiológica.

Los exámenes deberán ser:

- Evaluación del estado de salud general.
- Visiometria
- Tipo de sangre y su RH.

Ausentismo laboral

Busca determinar las causas más comunes de la ausencia laboral, para establecer la posible relación con el trabajo y desarrollar actividades tendientes a preservar la salud de los trabajadores.

Para analizar el ausentismo laboral se diseñó un formato donde se consignan las ausencias de los trabajadores por enfermedad común, enfermedad profesional, maternidad, accidente de trabajo y calamidad doméstica.

Sistema de Vigilancia Epidemiológica

Definición

Proceso continuo de observación e investigación de las características de la morbilidad, mortalidad y accidentalidad en la población laboral, es muy importante para la determinación de las medidas de control en salud.

Está basado en los resultados de los exámenes médicos ocupacionales, las evaluaciones periódicas delos factores de riesgo, enfermedades laborales, los accidentes de trabajo y el ausentismo por enfermedad común y otras causas.

Objetivos

Mantener actualizado el conocimiento sobre el comportamiento de las enfermedades laborales y comunes y accidentes de trabajo en la institución.

Determinar el riesgo de la población trabajadora a las enfermedades bajo vigilancia epidemiológica.

Determinar las medidas de control adecuadas.

Metodología

- Selección de trabajadores: seleccionar los trabajadores expuestos al riesgo a controlar.
- Actividades de promoción: realizar actividades informativas con las diferentes áreas de la institución con el fin de desarrollar la participación de los trabajadores.
- Atención al ambiente: valoración de las condiciones ambientales la cual se obtiene

mediante una inspección inicial del encargado de salud ocupacional.

- Estudios de higiene: selección de sitios de trabajo a evaluar.
- Estudio de seguridad ocupacional: aplicación de la metodología de panorama de riesgos.
- Equipos de protección personal (EPP): valoración de EPP existentes.
- Atención para las personas: evaluación médica, para clínica y primeros auxilios.
- Seguimiento: se establece periodicidad**.**
- Evaluación del proceso: consiste en la revisión de las actividades ejecutadas con las programadas.
- Evaluación del impacto: muestra el comportamiento de las condiciones ambientales como de salud de la población expuesta y el control que se lleva acabo.
- Se lleva registro del ausentismo por enfermedad laboral, común, accidente de trabajo e índice de lesiones incapacitantes (ILI).

La institución debe realizar el programa de vigilancia epidemiológica en:

ERGONOMIA: condiciones de adaptación de un lugar de trabajo, características físicas y psicológicas del trabajador.

Jornadas de capacitación

Para dar cumplimiento al programa de medicina preventiva y del trabajo se realizaron capitaciones orientadas a prevenir y tratar las enfermedades del sistema osteómuscular; estas actividades se llevaron a cabo en conjunto con el programa de higiene y seguridad industrial.

Se desarrollan jornadas de riesgo cardiovasculares, de vacunación contra el sarampión, pausas activas laborales y capacitaciones en estilos de vida saludables.

Visitas a los puestos de trabajo

Periódicamente se deben hacer visitas a los puestos de trabajo para hacer seguimiento y vigilancia de lo ya acordado, mantener contacto con los trabajadores en sus puestos de trabajo, conocer sus inquietudes y problemas, y dar las posibles soluciones

Las visitas pueden ser realizadas por la ARL, la coordinadora de salud ocupacional o periódicamente las desarrollará el Comité Paritario de la institución.

La A.R.L proporcionó un formato para la realización de dichas las visitas.

ELABORO	**REVISÓ**	**APROBÓ**

Anexo 11. Programa de higiene y seguridad industrial

Programa de higiene y seguridad industrial

Definición

La Higiene industrial es la disciplina dedicada al reconocimiento, evaluación y control de aquellos factores y agentes ambientales originados en o por el lugar de trabajo, que puedan causar enfermedad al trabajador

La seguridad Industrial comprende el conjunto de técnicas y actividades destinadas a la identificación, valoración y control de las causas de los accidentes de trabajo.

Objetivos

- Identificar y evaluar mediante estudio ambientales periódicos, los agentes y factores de riesgo del trabajo que afecten o puedan afectar la salud de los trabajadores.
- Establecer los diferentes métodos de control para cada agente contaminante y/o factor de riesgo, siguiendo en orden de prioridad la fuente, el medio y el trabajador y verificar periódicamente su eficiencia.
- Mantener un ambiente laboral seguro, mediante el control de las causas que

potencialmente pueden causar daño a la integridad física del trabajador o de los recursos de la empresa.

Alcance

Aplica para todas las actividades desarrolladas por cada uno de los trabajadores en cada proceso de Cesalud S.A.

Actividades desarrolladas en seguridad industrial

Visitas de seguridad

Las visitas de seguridad son unas inspecciones planeadas, que se realiza a los puestos de trabajo que se desarrollan dentro de las instalaciones de la Institución, con el fin de identificar los actos y condiciones inseguros que puedan conllevar a la ocurrencia de un accidente o una enfermedad laboral.

Objetivos de las visitas de seguridad

- Brindar la oportunidad de discutir la seguridad en el lugar de trabajo.
- Identificar y reducir el número de prácticas inseguras.
- Reconocer y eliminar actos y condiciones inseguras.
- Cambiar comportamientos y motivar a los trabajadores hacia la higiene y seguridad en el lugar de trabajo.

Informe y seguimiento de las visitas de seguridad

- Hacer informes cortas de las observaciones y de las acciones pactadas.

- Retroalimentar a los trabajadores visitados.

Cuando sea necesario repetir la visita para verificar que se estén llevando a cabo las sugerencias hechas por el director de Salud Ocupacional.

Reporte de incidentes y accidentes de trabajo

Dentro de un programa de prevención de accidentalidad es importante estudiar las experiencias que dejan los incidentes y accidentes para plantear y ejecutar acciones preventivas, correctivas y de mejora tendientes a proteger los equipos, materiales, ambientes de trabajo y principalmente la vida de los trabajadores, lo cual concede la oportunidad de trabajar sobre un mayor universo de casos de prevención de accidentes.

En la institución se diseñó un procedimiento para reporte e investigación de incidentes (SGI-P08), dicho procedimiento se ejecutara cuando ocurran los incidentes o accidentes en las jornadas laborales.

Señalización y demarcación de áreas

En la resolución 1016 de 1989, se encuentran las actividades que deben integrar los programas de Salud Ocupacional; En el artículo 11 se obliga a desarrollar actividades para delimitar o demarcar las áreas de trabajo, zonas de almacenamiento y vías de circulación y señalizar salidas, salidas de emergencia, resguardos y zonas peligrosas de las máquinas e instalaciones de acuerdo con las disposiciones legales vigentes.

- Señal: Es aquel símbolo, cuya función es la de avisar o informar sobre alguna cuestión, es un elemento generalmente bidimensional, que contiene una forma geométrica, un color y un símbolo que representa una situación.

- Señales de seguridad y salud en el trabajo: Señalización que se relacionada con un objeto o una situación determinada, suministra una indicación relativa a la seguridad por medio de un color o una señal de seguridad. Las señales de seguridad se deben utilizar solo para dar instrucciones que estén relacionadas con la seguridad y la salud.

Clasificación de las señales

Las señales se clasifican de acuerdo a su forma y color, los cuales determinan el uso específico según el riesgo de exposición o la situación de peligro que se quiera controlar o prevenir a través de su mensaje.

- Señales de prohibición: son aquellas que prohíben un comportamiento que no se debe realizar y que provoca un peligro.
- Señales de acción de mando o protección: estas señales tienen como objetivo obligar a un comportamiento determinado según el riesgo de exposición. Generalmente se utilizan para indicar el uso obligatorio de elementos de protección personal.
- Señales de advertencia: Señal cuyo objetivo es advertir sobre un peligro.
- Señales de seguridad o informativas: son aquellas que indican la ubicación, la acción a seguir o le camino hacia un sitio seguro en caso de situación de emergencia.
- Señal de Emergencia: Señal de seguridad que en caso de peligro, indica la salida de emergencia, la situación del puesto de socorro

En cumplimiento con la normatividad legal la el centro de formación en salud Cesalud S.A se utilizan las siguientes señales para la señalización y demarcación de áreas:

Señales para la identificación de las instalaciones:

Se señalizó todas las oficinas administrativas con el nombre del cargo que se está desempeñando dentro de ella, también se señalizaron los salones indicando el número y el grado que recibe clases dentro de éste.

Señal de Extintor:

Figura 1. Señal de Extintor

Se instalaron tres extintores multipropósito en la Institución con el fin de ser utilizados en una situación de emergencia.

Señal Ruta de evacuación:

Figura 2. Señal de ruta de evacuación

Se instalaron señales de ruta de evacuación con el objetivo de indicar al personal las rutas principales y alternas por donde se debe evacuar en caso de una emergencia.

Señal Punto de encuentro:

Figura 3. **Señal de punto de encuentro**

Se señalizó los puntos de encuentro de la Institución donde debe llegar el personal en caso de una emergencia.

Señal de primeros auxilios

Figura 4. **Señal de primeros auxilios**

En la enfermería de la Institución se instaló la señal de primeros auxilios

Señal de escalera:

Figura 5. Señal de escaleras

Esta señal sólo se instaló una en la institución por ser ésta la única que cuenta con escaleras.

Dotación de elementos de protección personal

En la resolución 1016 de 1989, se establece como una actividad del programa de Seguridad Industrial en conjunto con el de Higiene Industrial, determinar la necesidad de suministrar elementos de protección personal.

La única dotación de EPP que se proporcionaba en la Institución es la que se entrega al personal de aseo, consiste en la entrega guantes de caucho, para protegerlos de las sustancias químicas que manipulaban (Detergentes, límpido, ácido muriático, etc.). De la entrega de esta dotación no se tenían registros.

Se identificaron las actividades que desarrollaban el personal de aseo las cuales ameritaba la utilización de elementos de protección personal, en la tabla 1. Se encuentran los EPP necesarios para el desarrollo de la labor de aseo, los cuales fueron proporcionados al personal.

Tabla 1. Elementos de protección personal Fuente: Guía para Elaborar Planes de Emergencia y Contingencias DPAE

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) DE CESALUD S.A.				
Tipo de protección	**Elemento**	**Uso cotidiano**	**Uso según**	Observaciones
Ojos y Cara	Gafas de seguridad	x		**Para labores de aseo**

Protecció n respirator ia	Mascarilla desechable	x		**Protección respiratoria por utilización de químicos en las labores de aseo.**
Protección de las manos	Guantes de caucho	x		**Para labores de aseo**
Protección del cuerpo	**Delantal de caucho**	**x**		**Para labores de aseo**

Fuente: autora.

Acciones tomadas

- Capacitación del personal de aseo sobre la correcta utilización de los EPP y la obligatoriedad del uso de éstos dentro de la institución.
- Dotación y reposición de los elementos de protección necesarios.
- Registro de entrega y reposición de EPP.
- Realizar visitas de seguridad para comprobar el correcto uso de los EPP.

Plan de emergencias

Para atender las situaciones de amenazas que afectan el desarrollo normal de las actividades de la Institución se desarrolló Procedimiento para el Plan de Emergencias.

Actividades desarrolladas higiene industrial

Identificación de los riesgos que pueden provocar enfermedad profesional

Según la priorización de los riesgos y el análisis de la Matriz para la identificación de peligros, valoración de riesgos y determinación de controles operacionales, elaborada en la Institución, se identificaron los riesgos que pueden provocar enfermedad laboral.

Según el análisis de riesgos, las soluciones propuestas para intervenir los riesgos están orientadas a la prevención, principalmente mediante actividades de mantenimientos e inversiones también se encuentran las capacitaciones, los cambios de procedimientos y uso de elementos de protección personal

En la institución se desarrollaron las siguientes actividades para intervenir los riesgos que presentan suceso enfermedad.

Mediciones de iluminación:

Identificar las áreas de la institución que no presentan la iluminación adecuada para realizar correctamente las actividades que ahí se desarrollan, con el fin, de diseñar e implementar planes de acción tendientes a mejorar las condiciones de dichas áreas.

Para realizar las mediciones de luz se tuvo en cuenta las siguientes condiciones para realizar un correcto diagnóstico de la situación de iluminación que presentaba la Institución.

Nivel de iluminación

El nivel de iluminación óptimo para una tarea determinada corresponde al que da como resultado un mayor rendimiento con una mínima fatiga.

Deslumbramientos

El deslumbramiento es una sensación molesta que se produce cuando la luminancia de un objeto es mucho mayor que la de su entorno

Jornada de fumigación:

Presencia de insectos por la acumulación de aguas, estancamiento de aguas lluvias, estancamiento de aguas en botellas, estado del clima, canecas de basuras atraían mosquitos, roedores y otros animales en el cual se desarrollan en ese hábitat, se realizó jornada de fumigación en la Institución.

Capacitación

Las capacitaciones y jornadas que se gestionaron para este programa tuvieron como objetivo intervenir los riesgos que presentan como suceso enfermedad fueron:

- Capacitaciones orientadas a prevenir y tratar enfermedades osteomusculares, y se creó el programa de vigilancia epidemiológica en ergonomía.
- Capacitación en prevención de accidentes de trabajo.
- Capacitación en manejo y uso de elementos de protección personal (EPP).
- Charlas en manejo de basuras al personal de aseo.
- Jornadas de pausas activas y manejo de voz.
- Se estableció jornada de fumigación cada 5 meses.

ELABORO	**REVISÓ**	**APROBÓ**

Anexo 12. Mapa de riesgos

	CENTRO EMPRESARIAL EN SALUD CESALUD S.A.	**FECHA DE EMISION Mayo 2016**
	MAPA DE RIESGOS	**CODIGO: SGI-R01**
		VERSION: 01
RAZON SOCIAL: Cesalud, Es una institución de carácter educativo, que oferta formación integral técnica en competencias laborales y educación informal en las áreas de la salud, ciencias sociales y humanas, alineando sus egresados con principios éticos, críticos, creativos, innovadores, que asuman responsabilidad en la sociedad con transparencia, conocimiento de respeto por los seres humanos y sus derechos, contribuyendo al bien común y al desarrollo social, cultural, empresarial y científico en el contexto regional y nacional.		**PAGINA:**

Proceso	No.	Causas	Riesgo	Descripcion del Riesgo	Efectos	Controles Actuales	Probabilidad	Impacto	Determinacion del Riesgo			Opciones de Manejo	Acciones	Responsable
									Calificacion	Valor	Nivel Riesgo			
Gestion Estrategica	1	1. falta de conocimiento de las directices a aplicar. 2. Fallas humanas.	Desarticulacion de los lineamientos, politicas y normatividad de la institucion.	No desarrollar adecuadamente la aplicación de lineamientos, politicas y normatividad.	1. Incumplimiento del objeto social de la institucion. 2. Sanciones pecuniarias.	Evaluación periódica a los lineamientos politicas y normatividad de la institucion	Alto	Alto	4	2	Medio	Reducir el Riesgo	1. inducción y reinducción a los directivos sobre lineamientos y directrices. 2. Actualizacion de Normatividad de la Institucion.	Consejo de Direccion, Comité Academico y Junta Directiva.

	2	1. Desconocimiento del Plan de Desarrollo Institucional	Desarticulacion del Plan de Desarrollo institucional	No desarrollar adecuadamente el Plan de Desarrollo Institucional.	1. Incumplimiento del objeto social de la institucion. 2. Incumplimiento de los objetivos institucionales	Evaluación periódica al plan de desarrollo institucional.	Alto	Alto	6	3	Alto	Reducir el Riesgo	Seguimiento y evaluación periódica al plan de desarrollo institucional.	Comité Academico, Direccion Academica
	3	Falta de fuentes de financiación.	Insuficiencia de Recursos	No contar con suficientes recursos para atender las necesidades institucionales y funcionamiento	1. Incumplimiento de los objetivos institucionales2. Pérdida de credibilidad	Evaluacion periodica al Presupuesto asignado.	Alto	Alto	6	3	Alto	Transferir el Riesgo	Gestionar presupuesto para cada una de las actividades de las areas que comprende la institucion.	Consejo de Direccion, Comité Academico y Junta Directiva.
Gestion Integrada	4	1. Indicadores mal formulados. 2. No existen metodologías para el análisis de los datos.	No garantizar el mantenimiento del Sistema de Gestión de Calidad	Que los procesos no realicen análisis con datos apropiados	1. Poca veracidad en el resultado de desempeño de los procesos. 2. Toma de decisiones inadecuadas.	Seguimiento a la gestión de aprobación del plan de actividades y recursos presentado para la respectiva vigencia.	Medio	Medio	4	2	Medio	Evitar el Riesgo	Elaborar y presentar la planeación de las actividades y recursos para el mantenimiento del SGC, requeridos para la respectiva vigencia.	Director QHS
	5	1. No se realicen revisiones periodicas del desempeño del sistema 2. Poca planificación de los procesos	Deficiencia de asignación de recursos por la Alta Dirección	La Alta Dirección no suministra los recursos necesarios para el mantenimiento y mejora del SGI de la Institucion.	1. Desmotivación de Directivos y Personal de la institucion, improvisación de acciones. 2. Deterioro del Sistema, Pérdida de la Certificación.	1. Revisiones de SGI por la alta direccion. 2. Informar a la alta direccion sobre las necesidades de recursos.	Medio	Medio	4	2	Medio	Evitarel Riesgo	1. Revisiones de SGI por la alta direccion. 2. Informar a la alta direccion sobre las necesidades de recursos.	Director QHS

Gestion Academica	6	1. Falta de revisión de los programas académicos. 2. Descuido por parte del grupo encargado.	Incumplimiento de la normatividad académica.	No aplicar adecuadamente el reglamento estudiantil, los estatutos y demás acuerdos y resoluciones en la gestión académica de la Institucion.	1. Demandas, derechos de petición, tutelas, PQR.2. Incumplimiento de la programacion académica3. Perdida de credibilidad institucional4. Sanciones economicas y/o administrativas5. Afectación de la gobernabilidad institucional	1. uso de Normograma.	Alto	Alto	4	2	Medio	Evitar el Riesgo	Seguimiento y verificacion de cumplimiento del Normograma.	Director General Director QHS
	7	1. Falta de revisión de los programas académicos. 2. Descuido por parte del grupo encargado.	Incumplimiento de la programación academica	No desarrollar adecuadamente la programacion academica	Perdida de credibilidad de la Institucion.	1. Seguimiento y auditoria al cumplimiento de la programación académica 2. Monitoreo mensual al cumplimiento de la programación académica	Medio	Alto	4	2	Medio	Reducir el Riesgo	1. Seguimiento y auditoria al cumplimiento de la programación académica 2. Monitoreo mensual al cumplimiento de la programación académica 3. Cumplimiento riguroso de los cronogramas establecidos.	Director Academico

	8	1. Falta de recursos de estudiantes. 2. Falta de vocacion	Incremento de la deserción estudiantil	Retiro de los estudiantes de los programas academicos	1. Perdida de ingresos para la institucion. 2. Perdida de la credibilidad de la institucion. 3. Debilitamiento de la razon social.	1. Consejerías académica a estudiantes. 2. Seguimiento a estudiantes	Alto	Alto	6	3	Alto	Asumir o Reducir el Riesgo	Continuar con el desarrollo de campañas preventivas sobre factores psicosociales detectados como causas de deserción, fortalecer las consejerías y monitorias a estudiantes.	Docentes consejeros, Directores de Programa, Bienestar Universitario
Gestion en Proyeccion Social	9	1. Falta de presupuesto para el desarrollo de proyectos y actividades. 2. Seguimiento al desarrollo de proyectos y actividades.	Incumplimiento de los programas, proyectos y demas actividades de Proyección social	No desarrrollar los proyectos y actividades planificadas	Afectacion para la comunidad en las actividades realizadas para esta.	Seguimiento al cumplimiento de la Planificacion de los programas, proyectos y actividades.	Bajo	Medio	1	1	Bajo	Asumir o Reducir el Riesgo	Realizar seguimiento de los programas, proyectos y demas actividades de proyección social.	Director Academico, Directores de Programa.
	10	1. Falta de presupuesto para la implementación de diagnósticos en el entorno, 2. No diseñar y realizar estudios y caracterizaciones del entorno.	Limitada participación de la institucion en la comunidad y sus problemáticas.	1. Falta de presupuesto para la implementación de diagnósticos en el entorno, 2. No diseñar y realizar estudios y caracterizaciones del entorno.	1. Desconocimiento del entorno y de las necesidades de la comunidad. 2. Poco impacto de la institucion con su entorno	Seguimineto a la implementacion de diagnosticos del entorno.	Bajo	Bajo	1	1	Bajo	Evitar el Riesgo	Seguimiento a las actividades realizadas con la comunidad.	Director Academico, Directores de Programa.
	11	1. Falta de presupuesto Desconocimiento de necesidades de los grupos de investigación 2. Desconocimiento de procedimientos	No fomentar la actividad investigación en la institucion.	No formular y desarrollar iniciativas que promuevan y fomenten la actividad de investigación en la institucion.	1. Disminuyen los indicadores de la actividad investigativa 2. Reducción de presupuesto para la investigación 3. isminución de la visibilidad de la Universidad	Seguimiento al cumplimiento de la Planificacion de los programas, proyectos y actividades.	Bajo	Bajo	1	1	Bajo	Evitar el Riesgo	Segimiento a las actividades desarrolladas en los grupos de investigacion.	Director Academico

	12	Desconocimiento de las necesidades de la comunidad estudiantil.	No fomentar las actividades de Bienestar Estudiantil	No formular y desarrollar actividades que promuevan el bienestar estudiantil	Afectacion de la comunidad estudiantil.	Seguimiento al cumplimiento de las actividades planificadas en bienestra estudiantil.	Bajo	Bajo	1	1	Bajo	Asumir el Riesgo	Seguimiento al cumplimiento de las actividades planificadas en bienestra estudiantil.	Bienestar estudiantil
Gestion en Admision Registro y Control	13	Falta de recursos económicos Falta de capacitación y actualización del personal	Vulnerabilidad del sistema de información	Infraestructura tecnológica insuficiente , debido al crecimiento que ha reportado la institución en los últimos años.	Fallos en el sistema de información que impiden el acceso a la información del estudiante.	Verificar periodicamente el estado actual de los sistemas de informacion	Alto	Medio	4	2	Medio	Evitar el Riesgo	Verificacíon y Actulización del sistema de información. (sotfware actualizados)	Director Oficina Amision Registro y Control
	14	Fallas del sistema de información Fallas humanas	Generación de Certificaciones, paz y Salvos Académicos con información inconsistente, incoherente e imprecisa	Emisión de paz y salvos académico inconsistentes e imprecisos	Otorgar distinciones a estudiantes que no cumplen con los requisitos.	Verificacion por parte del personal responsable del proceso.	Alto	Medio	6	3	Alto	Evitar el Riesgo	Verificacion por parte del personal responsable del proceso.	Director Oficina Amision Registro y Control
Gestion del Talento Humano	15	Fallas en la selección del personal	Personal de la institucion no competente de acuerdo al perfil.	Personal no idoneo en el desarrollo de las funciones de la institucion	1. Deficiencia en el desarrollo de los procesos. 2. Gasto de recursos.	Seguimiento a los parametros de selección del personal.	Medio	Medio	4	2	Medio	Evitar el Riesgo	Seguimiento a los parametros de selección del personal.	Director Talento Humano
	16	Fallas en la capacitacion del personal	Suministro de información no confiable e inoportuna.	Personal no capacitado en las funciones especificas	1. Deficiencia en el desarrollo de los procesos. 2. Gasto de recursos.	Seguimiento al Programa de capacitacion	Alto	Alto	6	3	Alto	Evitar el Riesgo	Capacitar al personal del proceso de acuerdo a los requerimientos	Director Talento Humano

Gestion Administrativa y Financiera	17	1. Personal no idoneo. 2. Falla humana. 3. Fallas del sistema de informacion.	Incurrir en valores de liquidación de matrícula no ajustado a la realialidad económica de la institucion.	Generar liquidaciones de matriculas erradas.	1. Afectacion economica a la institucion. 2. Afectacion al estudiante. 3 Afectacion a la credibilidad de la institucion.	Verificacion por parte del personal responsable del proceso.	Alto	Medio	4	2	Medio	Evitar el Riesgo	Seguimiento y verificacion de las actividades que se realizan en el proceso a cada uno de los funcionarios responsable.	Director Administrativo y Financiero
	18	1. Falla humana. 2. Fallas del sistema de informacion.	Incurrir en generacion y presentacion de Información financiera inoportuna y no específica requerida.	Generar informes financieros errados.	1. Sanciones. 2. Desestabilidad a la parte financiera de la organización.	Seguimiento y auditoria a la gestion financiera de la institucion.	Alto	Alto	6	3	Alto	Evitar el Riesgo	Seguimiento y auditoria a la gestion financiera de la institucion.	Director Administrativo y Financiero
	19	Maltrato a los bienes de la institucion.	Deterioro, daño y/o perdida de los bienes de propiedad de la Institución.	Deterioro, daño y/o perdida de los bienes de propiedad de la Institución.	Afectacion para el desarrollo de las actividades de funcionamiento de la institucion.	Seguimiento para consientizar a estudiantes, docentes y personal sobre el cuidado de infraestructura de la organización.	Medio	Bajo	1	1	Bajo	Reducir el Riesgo	Seguimiento para consientizar a estudiantes, docentes y personal sobre el cuidado de infraestructura de la organización.	Director Administrativo y Financiero

	CESALUD S.A		**FECHA DE EMISION:** **Mayo de 2016**
			CODIGO: SGI-MZ-01
	MATRIZ DE REQUISITOS LEGALES Y DE OTRA INDOLE INTEGRADA		**VERSION: 01**
			PAGINA:

ITEM	LEGISLACION	PROCESO AL QUE APLICA	EXPEDIDA POR	FECHA (DD.MM.AA)	DESCRIPCION	ARTICULOS	CUMPLIMIENTO
LEY	Ley 115 de 1994	Gestion Academica	Congreso de la república	08/02/1994	Por la cual se expide la ley general de educación	Art. 5, 9, 36, 37, 38, 73, 74, 76, 79, 87, 90, 91, 92, 95, 138, 139, 142, 143, 144, 145, 193, 195, 213.	Se otorga la autorización de funcionamiento con el Instituto de Educación en Salud mediante resolución Nº 838 y 1477 de 1995 iniciando labores con los Programas Auxiliares de Enfermería, Promotores de Salud, Auxiliar de Consultorio Odontológico y Laboratorio Clínico. Es renovada la resolución de funcionamiento de todos los programas mediante resolución 002038 de 2002.
LEY	Ley 1064 de 2006	Gestion Academica	Congreso de la república	26/07/2006	Por la cual se dictan normas para el apoyo y fortalecimiento de la educación para el trabajo y el desarrollo humano establecida como educación no formal en la Ley General de Educación.	Art. 2, 3, 4, 5, 6, 7,8, 9	la institucion cuenta con la certificacion de acreditacion en calidad en sus programas de formacion
LEY	Ley 9 de 1979	Gestion QHS	Congreso de la república	24/01/1979	Por la cual se dictan medidas sanitarias, normas para preservar,conservar y mejorar la salud de los individuos en sus ocupaciones.	ART:80,81,82,83,84,85,86,87,88,89,90,91, 92,93,94,95,96,99,99,101,105.106,107,108,109.110,11 1.112,114,116,117,118,122,123,124,125,126,127,128,1 29,142,143,158,159,160,161,162,163,165,166,167,168, 169,170172,173,174,175,176,177,181,185,186,187,188 ,193,194,195,196,197,198,199,202,203,204,205,206,20 7,209,210,478,479,481,482,483,488,491,492,502,503,5 04,505,506,507,508,509,510,511,512,513,514,577,594, 595,596,597,598,599,604	La institucion dispone de los recursos necesarios para preservar, conservar y mejorar la salud y condiciones de los individuos en su trabajo.
LEY	Ley 46 de 1988	Gestion QHS	Departamento administrativo del sistema de prevencion, atencion y recuperacion de desastres	02/11/1988	Por la cual se crea y organiza el sistema nacional para la prevención y atención de desastres, se otorga facultades extraordinarias al presidente de la república y se dictan otras disposiciones.	ART:2,3,4	La institucion tiene establecido su plan de emergencia en caso de presentarse un evento no deseado. La gerencia dispone de los recursos necesarios y periódicamente se capacita a nuestros empleados en el tema. Se toma como guia lo establecido en esta ley para la constitucion del plan de emergencias.
LEY	Ley 100 de 1993	Gestion QHS	Congreso de la república	23/12/1993	Por la cual se organiza el sistema de seguridad social integral.	ART:1,3,6,15,17,18,19,20,22,23,24,33,36,53,133,161,2 49,250,251,252,253,254,255,256	La iinstitucion garantiza la afiliación al Sistema General de SSI de todos sus trabajadores durante el tiempo que laboren en la organización.la empresa cumplen con los requisitos aplicables establecidos por esta ley.
LEY	Ley 378 de 1997	Gestion QHS	Congreso de la república	09/07/1997	Por medio de la cual se aprueba el convenio número 161, sobre los servicios de salud en el trabajo adoptado por la 71 reunión de la conferencia general de la organización internacional del trabajo, OIT, ginebra, 1985.	ART:1,2,3	La institucion tiene establecido su programa de salud ocuapcional y realiza las actividades necesarias para establecer y conservar un medio ambiente de trabajo seguro y sano que favorzca la salud fisica y mental de nuestros trabajadores.
LEY	Ley 776 de 2012	Gestion QHS	Congreso de la república	17/12/2002	Por la cual se dictan normas sobre la organización, administración y prestaciones del sistema general de riesgos profesionales.	ART:1,4,8,21	La institucion tiene afiliados a todos sus trabajadores al Sistema General de Riesgos Profesionales y cumple con todo lo estipulado en estos articulos.
LEY	Ley 789 de 2002	Gestion QHS	Congreso de la república	27/12/2002	Por la cual se dictan normas para apoyar el empleo y ampliar la protección social y se modifican algunos artículos del Código Sustantivo de trabajo.	ART:1,2,13,14,19,21,22,25,26,27,28,29,30,32,33,35,36, 37,38,39,43,46,51.	La institucion paga oportunamente el salario, prestaciones sociales y aporte de cada uno de los empleados, realiza compensacion de vacaciones y organiza los turnos de sus trabajdores de manera que cumplan con lo establecida por la ley y favorezca su bienestar.
LEY	Ley 828 de 2003	Gestion QHS	Congreso de la república	10/07/2003	Por la cual se expiden normas para el control a la evasión del sistema de seguridad social.	ART:2,7,8	La institucion mantiene disponible toda la documentación parafiscal para cualquier entidad administradora del Sistema General de Seguridad social en Salud que la solicite, se tiene en cuenta esta ley para los pagos parafiscales además estos se mantienen al día.
LEY	Ley 797 de 2003	Gestion QHS	Congreso de la república	29/01/2003	Por la cual se reforman algunas disposiciones del sistema general de pensiones previsto en la ley 100 de 1993 y se dictan otras disposiciones.	ART:1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20 ,21,22,23,24	La institucion tiene afiliados a todos sus trabajdores al sistema general de pensiones
LEY	Ley 962 de 2005	Gestion QHS	Congreso de la república	08/07/2005	Ley antitramite	Aplica todo	Aunque ya no es necesario registrar el reglamento de higiene ante el ministerio de la proteccion social la institucion lo tiene y verifica su cumplimiento.
LEY	Ley 1010 de 2006	Gestion QHS	Ministerio de la Proteccion Social	23/01/2006	Por medio de la cual se adoptan medidas para prevenir, corregir y sancionar el acoso laboral y otros hostigamientos en el marco de las relaciones de trabajo.	ART:1,2,3,4,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19	La institucion incluirá en su reglamento de trabajo un capitulo previniendo el acoso laboral y el procedimiento para solucionarlo en caso de llegar a suceder
LEY	Ley 1122 de 2007	Gestion QHS	Congreso de la república	09/01/2007	Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.	ART:1	La institucion tiene en cuenta los ajustes realizados en las leyes referentes al Sistema General de Seguridad Social en Salud
DECRETO	Decreto 3756 de 2009	Gestion Academica	Ministerio de la Proteccion Social		Por el cual se modifica el artículo 4o del Decreto 2020 de 2006 y se dictan otras disposiciones referentes a la certificación de calidad de la formación para el trabajo.	ART. 1, 2,3	La institucion cuenta con la acreditacion en calidad y resolucion de funcionamiento.

DECRETO	Decreto 614 de 1984	Gestion QHS	Presidencia de la republica	14/03/1984	Por el cual se determinan las bases para la organización y administración de salud ocupacional en el país.	ART:1,2,3,6,8,9,24,25,26,28,29,30,31	La institucion tiene establecido su programa de salud ocupacional comprendido por las actividades de medicina de trabajo,higiene industrial y seguridad industrial a fin de propender por el mejoramiento y mentenimiento de las condiciones de vida y salud de nuestros trabajadores y publicos interesados.
DECRETO	Decreto 919 de 1989	Gestion QHS	Presidencia de la republica	01/05/1989	Por el cual se organiza el sistema nacional para la prevención y atención de desastres y se dictan otras disposiciones.	ART:1,2,3,9,18,19,24,26,27,28,29,30,31,32,33,34,41,42,43,44,45,46,49,50.	La institucion elabora un plan de emergencia con base en los Planes de Contingencia de la Oficina Nacional para la Atención y Prevención de Desastres y lo difunde
DECRETO	Decreto 1562 de 1984	Gestion QHS	Presidencia de la republica	22/06/1984	Por el cual se reglamentan parcialmente los Titulos VII y XI de la Ley 9 de 1979, en cuanto a vigilancia y control epidemiológico y medidas de seguridad	ART:2,3,6	La institucion tiene establecido programas de vigilancia epidemiológica con el fin de velar y proteger el bienestar de nuestros empleados.
DECRETO	Decreto 2177 de 1989	Gestion QHS	Presidencia de la republica	21/09/1989	Readaptacion profesional y el empleo de personas inválidas.	ART:1,2,3,4,11,12,14,16,17,18	En el momento de presentarse un caso de invalidez la institucion reincorporara al trabajador a sus labores y si es necesario lo reubicara acorde al tipo de limitación.
DECRETO	Decreto 2222 de 1993	Gestion QHS	Presidencia de la republica	05/11/1993	Prevencion y control de incendios	ART:233 al 239	Entrenar a todo el personal en que hacer en caso de emergencia. Conformar brigadas con personal capacitado y entrenado. selección del tipo y capacidad de los extintores portátiles teniendo en cuenta la clase de materiales que pueden incendiarse, la gravedad del incendio, la eficiencia del extinguidor la facilidad de empleo y seguridad del usuario. Los extintores se colocaran con los criterios definidos en normas.
DECRETO	Decreto 1295 de 1994	Gestion QHS	Presidencia de la republica	22/06/1994	Por el cual se determina la organización y administración del sistema general de riesgos profesionales.	ART:1,2,3,4,5,6,7,8,,10,12,13,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,31,33,34,35,36,37,38,39,40,41,42,43,44,45,46,47,48,49,50,51.52,53,55,55,56,57,58,59,60,61,62,63,64,65,66,67,91,92.	La institucion se mantiene informada y actualizada sobre todo lo relacionado con el Comité Paritario de Salud Ocupacional, la institucion utiliza todos los servicios de la entidad administradora de riesgos profesionales para beneficio de los trabajadores,se respeta la determinación del médico o la comisión médica interdisciplinaria sobre la declaración de la incapacidad permanente parcial. La institucion apoya y vigila el buen funcionamiento del Comité Paritario de Salud Ocupacional
DECRETO	Decreto 1831 de 1994	Gestion QHS	Presidencia de la republica	1831 de 1994	Expide la tabla de Clasificación de Actividades Económicas para el Sistema General de Riesgos Profesionales y dicta otras disposiciones.	ART:1	La institucion esta afiliada a riesgos profesionales y clasificada de acuerdo a su actividad principal
DECRETO	Decreto 1832 de 1994	Gestion QHS	Presidencia de la republica	03/08/1994	Por el cual se adopta la tabla de enfermedades profesionales.	ART:1,2,3,4	La institucion tiene en cuenta las enfermedades profesionales establecidas en este decreto que puedan generarse en la organización consecuencia de su actividad laboral a fin de prevenirlas y/o controlarlas, la empresa capacita a su personal en este tema.
DECRETO	Decreto 1772 de 1994	Gestion QHS	Presidencia de la República	03/08/1994	Reglamenta la afiliacion y las cotizaciones al sistema general de riesgos profesionales	ART:1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,1,3,14,15,165,17,18,19,220,21,22	La institucion afilia a todos sus empleados al sistema de riesgos profesionales
DECRETO	Decreto 1530 de 1996	Gestion QHS	Presidencia de la republica	26/08/1996	Por el cual se reglamenta pàrcialmente la ley 100 de 1993 y el decreto ley 1295 de 1994.	ART:1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16	La institucion realiza programas, acciones de capacitacion y prevencion con el objetivo de controlar y mitigar los riesgos a los que se encuentran expuestos nuestros empleados.
DECRETO	Decreto 2100 de 1996	Gestion QHS	Presidencia de la republica	29/11/2006	Tabla de clasificacion de actividades económicas	ART:1,2,3,4	La institucion se rige por la Tabla de Clasificacion de Actividades Economicas de acuerdo a la actividad principal de la empresa.
DECRETO	Decreto 806 de 1998	Gestion QHS	Presidencia de la republica	30/04/1998	Por el cual se reglamenta la afiliacion al regimen de seguridad social en salud y la prestacion de los beneficios del servicio publico esencial de seguridad social en salud y como servicio de interes general, en todo el territorio nacional.	ART:3,8,15,16,17,21,26,34,35,44,42,45,46,47,54,57,58,60,61,63,64,65,70,71,74,75,80,81,83,85.	La institucion tiene afiliado a todos sus trabajadores al regimen de seguridad social en salud.
DECRETO	Decreto 1796 de 2000	Gestion QHS	Presidencia de la republica	14/09/2000	El presente decreto regula la evaluación de la capacidad sicofísica y la disminución de la capacidad laboral, y aspectos sobre incapacidades, indemnizaciones, pensión por invalidez e informes administrativos por lesiones, de los miembros de la fuerza pública, alumnos de las escuelas de formación y sus equivalentes en la policía nacional.	Aplica art: todos	La institucion realiza a sus trabajadores los exámenes de :ingreso, periódico y de retiro, con énfasis en la parte psicofisica del trabajador periodicamente se realizan PVE y capacitaciones en el area de la salud, relacionads con este tema.
DECRETO	Decreto 873 de 2001	Gestion QHS	Presidencia de la republica	11/05/2001	Por el cual se promulga el "Convenio número 161 sobre los Servicios de Salud en el Trabajo", adoptado por la 71a. Reunión de la Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo, OIT, Ginebra, 1985.	ART:1,2,3,5,6,7,8,9,13,14,15	La institucion ejecuta programas basados en actividades de control y prevención para la protección en las enfermedades, sean o no profesionales, y de los accidentes del trabajo a sus empleados
DECRETO	Decreto 2463 de 2001	Gestion QHS	Presidencia de la republica	20/11/2001	Por el cual se reglamenta la integración,financiación y funcionamiento de las juntas de calificación de invalidez	ART:1,3,4,7,9,10,23,24,25,26,30	La institucion tiene en cuenta el procedimiento de calificacion de invalidez establecido en este decreto
DECRETO	Decreto 1607 de 2002	Gestion QHS	Presidencia de la republica	31/07/2002	Por el cual se modifica la Tabla de Clasificación de Actividades Económicas para el Sistema General de Riesgos Profesionales y se dictan otras disposiciones.	ART:1,2,3,4	La institucion tiene en cuenta la tabla de clasificacion de actividades economicas para el sistema general de riesgos profesionales.
DECRETO	Decreto 1703 de 2002	Gestion QHS	Presidencia de la republica	02/08/2002	Por el cual se adoptan medidas para promover y controlar la afiliación y el pago de aportes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.	ART:1,2,3,4,7,8,9,10,11,12,20,23,30	La institucion realiza el pago de aportes al sistema general de seguridad social en salud
DECRETO	Decreto 3667 de 2004	Gestion QHS	Presidencia de la republica		Por medio del cual se reglamentan algunas disposiciones de la Ley 21 de 1982, la Ley 89 de 1988 y la Ley 100 de 1993, se dictan disposiciones sobre el pago de aportes parafiscales y al Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones.	ART:1,2,3,4	La institucion cumple con todo lo relacionado a afiliaciones y pagos de Seguridad Social

RESOLUCION	Resolucion 2400 de 1979	Gestion QHS	Ministerio de Trabajo	22/05/1979	Por la cual se establecen algunas dispocisiones sobre vivienda, higiene y seguridad en los establecimientos de trabajo.	ART:1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,16,17,19,20,21,23,24,26,28,29,30,31,32,33,34,36,37,38,39,40,45,63,64,70,72,73,78,79,80,81,82,83,84,85,86,87,88,89,90,91,92,108,121,122,123,124,125,127,128,129,130,131,133,141,142,144,145,146,147,148155,156,164,166,170,171,172,173,174,176,177,178,179,180,182,183,184,185,202,203,205,207,209,215,220,221,222,223,224,225,226,227,228,229,230,231,232,234,266,267,268,269,270,271,272,273,346,347,348,349,350,353,354,355,356,357,358,359,360,361,362,363,364,365,366,367,368,369,371,372,373,374,375,376,380,381,383,384,387,388,389,390,391,392,393,394,397,548,549,707,694,695,692,696,697,698,699,700,701,702,703,704,705,706,707,708,709,710,711	La institucion cumple con lo estipulado en esta ley sobre la aplicación de todos sus articulos en materia de vivienda, higiene, seguridad industrial, en todos los establecimientos de trabajo.
RESOLUCION	Resolucion 2013 de 1986	Gestion QHS	Ministerio de trabajo	06/06/1986	Por la cual se reglamenta la organización y funcionamiento de los comités de medicina, higiene y seguridad industrial en los lugares de trabajo, conocido hoy como Copassto.	Aplican todos los articulos.	La institucion tiene vigía de salud ocupacional, este da cumplimiento de sus funciones y cumple con sus responsabilidades, y reunioes de actas mensuales.
RESOLUCION	Resolucion 1016 de 1989	Gestion QHS	Ministerio de trabajo	31/03/1989	Por la cual se reglamenta la organización, funcionamiento y forma de los programas de salud ocupacional que deben desarrollar los patronos o empleadores en el país.	ART:1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18	
RESOLUCION	Resolución 13824 de 1989	Gestion QHS	Ministerio de salud	02/10/1989	Por la cual se dicta una medida para la proteccion de la salud.	ART:1,2,3	La institucionorganiza y garantiza el funcionamiento del programa de Salud Ocupacional, lo elabora teniendo en cuenta su actividad económica y dispone de los recursos necesarios para su funcionamiento periodicamente verifica que todos los subprogramas cumplan con las actividades y finalidades establecidas en su contenido.
RESOLUCION	Resolucion 6398 de 1991	Gestion QHS	Ministerio de trabajo y seguidad social	29/12/1991	Por la cual se establece procedimientos en materia de salud ocupacional (examenes de ingreso a la empresa)	ART:1,2,3	La institucion realiza los respectivos exames de ingreso, de acuerdo al procediemto establecioido
RESOLUCION	Resolucion 1995 de 1999	Gestion QHS	Ministerio de Salud	08/07/1999	Por la cual se establecen normas para el manejo de la historia clinica.	ART:1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,21,22	La institucion reconoce que las entidades administradoreas de riesgos profesionales deben reembolsar los costos de la atencion medico asistencial que hayan recibido nuestros trabajadores afiliados, con ocasión de accidentes de trabajo o enfermedad profesional.
RESOLUCION	Resolucion 612 de 2000	Gestion QHS	Ministerio de trabajo y seguridad social	10/03/200	Asignacion de unas funciones a las juntas de calificacion de invalidez.	ART:1	La custodia de las historias clinicas esta a cargo del medico Asesor de la institucion.
RESOLUCION	Resolucion 00166 de 2001	Gestion QHS	Ministerio de trabajo y seguridad social	01/02/2001	Por el cual se establece el dia de la salud en el trabajo y en el mundo.	ART:1,2	La institucion tiene conocimiento de las funciones de las juntas de calificacion de invalidez.
RESOLUCION	Resolución 1303 de 2005	Gestion Talento Humano	Ministerio de trabajo y seguridad social	12/05/2005	Por la cual se adopta el contenido del formulario unico o planilla integrada de liquidacion de aportes.	ART:1,2	La institucion tiene encuenta la planilla de afiliación de aportes en EPS, ARL, AFP
RESOLUCION	Resolución 1570 de 2005	Gestion QHS	Ministerio de trabajo y seguridad social	27/05/2005	Por la cual se establecen las variables y mecanismos para recolección de información del Subsistema de Información en Salud Ocupacional y Riesgos Profesionales y se dictan otras disposiciones.	ART:1,2,3,4,5,7,8,9,10	La institucion realiza los pagos al sistema de seguridad social integral y de aportes parafiscales a traves del formulario integrado electronico
RESOLUCION	Resolucion 734 de 2006	Gestion QHS	Ministerio de la proteccion social	15/03/2006	Por la cual se establece el procedimiento para adaptar los reglamentos de trabajo a las disposiciones de la ley 1010 de 2006.	Art; de toda la ley 1010 de 2006	La institucion cumple con las responsabilidades que les otorga estos articulos . La institucion adaptara un capítulo al reglamento de trabajo que contemple los mecanismos para prevenir el acoso laboral, así como el procedimiento interno para solucionarlo y divulgar la respectiva ley 1010 de 2006.
RESOLUCION	Resolucion 1317 de 2006	Gestion QHS	Ministerio de la proteccion social	25/04/2006	Por la cual se prorroga la entrada en vigencia y se modifica la resolución 634 de 2006 mediante la cual se adoptó el contenido del formulario unico o planilla integrada de liquidación de aportes.	Aplican algunos articulos	La institucion adopta el Formulario Único o Planilla Integrada de Liquidación y pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y de aportes parafiscales.
RESOLUCION	Resolucion 180466 de 2007	Gestion QHS	Ministerio de Minas	02/04/2007	Reglamento Tecnico de instalaciones electricas	Art:16	La institucion tiene establecido y conoce el RETIE, para dar cumplimiento a este Reglamento donde las intalaciones electricas esten en buen estado y no generen riesgo a la empresa-
RESOLUCION	Resolución 1401 de 2007	Gestion QHS	Ministerio de la proteccion social	14/05/2007	Por la cual se reglamenta la investigación de incidentes y accidentes de trabajo.	ART:1,2,3,4,5,6,7	La institucion investigara los incidentes que se presenten, cuenta con una metodologia y formato para investigarlos y tiene constituido un equipo investigador.
RESOLUCION	Resoluión 2346 de 2007	Gestion QHS	Ministerio de la proteccion social	11/07/2007	Por la cual se regula la práctica de evaluaciones médicas ocupacionales y el manejo y contenido de las historias clínicas ocupacionales"	ART:1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19	La institucion realiza a todos los trabajadores Evaluación médica pre - ocupacional o de pre-ingreso,evaluaciones médicas ocupacionales periódicas (programadas) y evaluación médica post-ocupacional o de egreso,las historias clinicas ocupacionales seran remitidas a la EPS que corresponda a cada trabajador.
RESOLUCION	Resoluión 2844 de 2008	Gestion QHS	Ministerio de la proteccion social	16/08/2007	Guias de atencion integral (GATISO)	Art:1:a,b,c	La institucion realiza examenes medicos a todos sus trabajadores y programas de vigilancia epidemiologica

RESOLUCION	Resolución 1157 de 2008	Gestion QHS	Ministerio de la proteccion social	07/04/2008	Por la cual se modifica el articulo 13 de la resolucion 1016 de 1989	ART:1	La linstitucion cumple con el presente Reglamento mediante la creación y reglamentación del COPASST o VIGIA , sin registro ante el Min. De la Protección Social.
RESOLUCION	Resoluión 1013 de 2008	Gestion QHS	Ministerio de la proteccion social	25/03/2008	El Ministerio de la Protección Social, emite una nueva resolución por la cual se adoptan unas nuevas Guías de Atención Integral de Salud Ocupacional basadas en la evidencia (GATISO). Resolución 1013 del 25 de marzo del 2008. Diario Oficial 46.943 del 28 de marzo del 2008.Por la cual se incluyen otras 5 enfermedades profesionales.	Art: 1, Paragrafo, 2, 3.	Sin que se requiera su registro en el Min de Proteccion Social, la institucion tiene constituido el COPASST o Vigia S.O. y verifica su funcionamiento. y cumple con el funcionamiento de los PVE.
CIRCULAR	Circular 42 de 2003	Gestion QHS	Ministerio de salud	11/11/2003	Afiliación de trabajadores independientes al sistema general de riesgos profesionales - decreto 2800 de 2003.	I, II, III hasta XI	La institucion cumple con los Registros de afiliación y de pago de ARP,EPS,AFP,Parafiscales, y registros de capacitación.
CIRCULAR	Circular unificada de 2004	Gestion QHS	DIRECCION GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES	22/04/2004	Unificar las instrucciones para la vigilancia, control y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales.	ART:2,3,4,5,6	Mediante contratatación establecida a la institucion, se realiza la afiliación y los aportes a la ARP establecida.
CIRCULAR	CIRCULAR CONJUNTA 001 de 2005	Gestion QHS	Ministerio de la proteccion social	24/01/2005	Alcance de los articulos 17 y 33 (paragrafo) de la ley 100 de 1993,modificado por los articulos 4 y 9 de la ley 797 de 2003.	Aplican todos los articulos.	La institucion realiza a todos los trabajadores examenes de ingreso, periodicos y de retiro, solicita y recibe de la administradora de riesgos profesionales capacitacion y asistencia tecnica para el desarrollo de los programas de salud ocupacional, La institucion se traslada de ARL cuando lo estima necesario, cumpliendo con lo estipulado en esta circular,la empresa ofrece a los trabajadores dotacion de elementos de proteccion personal de excelente calidad,actividades del programa de medicina preventiva y del trabajo
CONVENIO	Convenio 01 de 1919	Gestion QHS	OIT	29/11/1919	Convenio sobre las horas de trabajo (industria)	Art: 1, lireral d, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8,	La institucion garantiza que la jornada laboral no exceda las ocho horas diarias ni las 48 horas semanales,
CONVENIO	Convenio 02 de 1981	Gestion QHS	OIT	30/11/1919	Convenio sobre seguridad y salud de los trabajadores	ART:1,7,10,13,16,17,18,19,20	La institucion cumple con todos sus deberes legales sobre Seguridad Social y garantiza la salud de todos sus trabajadores; realiza pve, capcitaciones.
CONVENIO	Convenio 17 de 1925	Gestion QHS	OIT	11/06/1925	Convenio sobre la indemnización por accidentes del trabajo	ART:2,5,6,7,9,10	La institucion responde por los eventos de accidente ocasionados a sus trabajadores y la ARL por los afiliados
CONVENIO	Convenio 18 de 1925	Gestion QHS	OIT	11/06/1925	Convenio sobre las enfermedades profesionales	Art; todos	La Institucion lleva el registro de las estadisticas sobre EP.
CONVENIO	Convenio 160 OIT	Gestion QHS	OIT	30/10/1989	Convenio sobre estadisticas del trabajo.	Aplican todos los articulos.	La institucion lleva el registro de las estadisticas sobre AT
DERECHOS HUMANOS	Derechos Humanos	Gestion Talento Humano	ONU	10/12/1948	Declaración Universal de los Derechos Humanos	Art 3	La institucion cumple con todas las obligaciones como patrono, realiza contrato de trabajo a todos sus trabajadores cumpliendo con lo estipulado por la ley, hace cumplir a los trabajadores con sus obligaciones,la empresa elaboro y presento el reglamento de trabajo según la ley, se tiene establecido los salarios y se paga puntualmente a los trabajadores,se cumple conforme a la ley con las jornadas laborales,se remunera conforme a la ley el trabajo nocturno y suplementario,la empresa paga las prestaciones establecidas por ley,garantiza la seguridad y salud de los trabajadores, tiene elaborado, aprobado y publicado el reglamento de higiene y seguridad,se tiene afiliados a todos sus trabajadores a seguridad social,se cancela puntualmente las primas de servicio a todos sus trabajadores de acuerdo a la ley, La institucion realiza los exámenes médicos a su personal y adoptar las medidas de higiene y seguridad indispensables para la protección de la vida, la salud y la moralidad de los trabajadores a su servicio, de conformidad con la reglamentación.
DECRETO	Decreto 933 de abril de 2003	Gestion Talento Humano	Presidente de la República	11/04/2003	Por medio del cual se reglamenta el contrato de aprendizaje y se dictan otras dispocisiones.	Artículos de la presente ley	La institucion contrata personal de aprensiz (sena), para labores de aprendizaje y apoyo a la empresa.
DECRETO	Decreto 231 de 2006	Gestion Talento Humano	Presidencia de la republica	26/01/2006	Por medio de la cual se corrige un yerro de la ley 1010 de enero 23 de 2006 por medio de la cual se adoptan medidas para prevenir, corregir y sancionar el acoso laboral y otros hostigamienmtos en el marco de las relaciones de trabajo	ART:1	La institucion capacitará a los trabajadores aprendices por medio de inducciones y entrenamientos relacionados con el cargo y sobre S y SO
CONVENIO	C131 Convenio sobre la fijación de salarios mínimos, 1970	Gestion Talento Humano	OIT	ene-70	Convenio sobre la fijacion de salarios minimos	Aplican todos los articulos.	Le institucion cumple con su obligación de registrarse y realizar sus pagos a través de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes en su modalidad electrónica.
CONVENIO	Convenio 02 DE 1990	Gestion Talento Humano	OIT	/02/1990	Convenio sobre el trabajo nocturno	ART:2,3,4,5,6,8	La empresa no paga a sus empleados menos del salario minimo estipulado por ley y paga sus horas extras.
CONVENIO	Convenio 3 de 1919	Gestion Talento Humano	OIT	28/11/1919	Convenio sobre la protección de la maternidad	Aplican todos los articulos.	La institucion cumple con lo estipulado en la ley sobre la protección de la maternidad y sus horas de licencia de maternidad.

CONVENIO	Convenio 5 de 1982	Gestion Talento Humano	OIT	29/11/1919	Convenio sobre la terminacion de la relacion de trabajo	ART:1,4,6,7,11,12,13	Para las actividades de la organización la institucion no contrata menores de edad
CONVENIO	Convenio 6 de 1983	Gestion Talento Humano	OIT	30/11/1919	Convenio sobre la readaptación profesional y el empleo (personas inválidas),	ART:2,3,4,5	La institucion tiene en cuenta las disposiciones del presente convenio en el momento de dar por terminado el contrato laboral con cualquier trabajador.
NTC	NTC-3701	Gestion QHS	CCS		Higiene y seguridad.Guía para la clasificación,registro y estadística de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.	Toda la norma NTC	La institucion iene encuenta los colores y señales aplicables a la activiada económica de la organización.
NTC	NTC-3793	Gestion QHS	CCS		Salud ocupacional.Clasificación,registro y estadisticas de ausentismo laboral.	Toda la norma NTC	La institucion reporta los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales
NTC	NTC-4114	Gestion QHS	CCS		Realizacion de inspecciones planeadas	Toda la norma NTC	La institucion reporta las estadisticas de ausentismo laboral
NTC	NTC-4116	Gestion QHS	CCS		Medicina del trabajo. Evaluaciones medicas ocupacionales.	Toda la norma NTC	La institucion realiza las respectivas inspecciones en S y SO
GTC	NTC-35	Gestion QHS	CCS		Guía estructura basica del Programa de Salud Ocupacional	Toda la norma NTC	La institucion realiza los examenes medicos ocupacionales respectivos
GTC	NTC-45*	Gestion QHS	CCS		Guía estructura basica del panorama de factores de riesgo	Toda la norma NTC	La institucion aplica la metodologia para para el análisi de tareas
NTC	NTC-2032	Gestion QHS	CCS		Guía para el diagnostico de condiciones de trabajo o panorama de factores de riesgo,identificación y valoración.	Toda la norma NTC	La institucion iene el Programa Salud Ocupacional y lo desarrolla de acuerdo a cada actividad de los sub programas
NTC	NTC-3324	Gestion QHS	CCS		Higiene y seguridad. Medidas de seguridad en edificaciones. Medios de evacuación.	Toda la norma NTC	La institucion cuenta con un plan de emergencia y lo aplica según sea necesario
NTC	NTC-1458	Gestion QHS	CCS		Higiene y seguridad. Generalidades. Recomendaciones para la organización,el entrenamiento y los equipos para brigadas contra incendios.	Toda la norma NTC	La institucion cuenta con un plan de evacuación para atender posibles emergencias.
NTC	NTC-1931	Gestion QHS	CCS		Higiene y seguridad.Clases de fuego	Toda la norma NTC	Se cuenta con la respectiva conformación de Brigadas integrales para atender posibles emergencias
NTC	NTC-1916	Gestion QHS	CCS		Extintores contra extinción de fuego. Clasificación y manejo de extintores	Toda la norma NTC	La institucion cuenta con extintores portátiles, según su clasificación, y capacita al personal sobre el uso. (manejo de la terminologia)
NTC	NTC-1141	Gestion QHS	CCS		Higiene y seguridad. Extintores portatiles.Generalidades.	Toda la norma NTC	La institucion cuenta con extintores portátiles, según su clasificación, los utiliza según necesidad y capacita al personal sobre el uso.
CPC	Constitución Política de Colombia - 20/07/991	Gestion Talento Humano	Asamblea Nacional Constituyente	20/07/1991	El trabajo es un derecho y una obligación social y goza, en todas sus modalidades, de la especial protección del Estado. Toda persona tiene derecho a un trabajo en condiciones dignas y justas.	Art: 25.	La institucion contrata al personal en condiciones justas, garantiza la seguridad social, capacitación, seguridad integral y salud ocupacional
Codigo Sustantivo del Trabajo	Codigo Sustantivo del Trabajo	Gestion Talento Humano	Congreso de la República	05/08/1950	Procurar el cuidado integral de la salud, garantizar la seguridad social, la capacitación, el adiestramiento y el descanso necesario para los trabajadores, es obligación de los empleadores ofrecer formación y habilitación profesional y técnica a quienes lo requieran.	56	La institucion contrata al personal en condiciones justas, garantiza la seguridad social, capacitación, seguridad integral y salud ocupacional
LEY	Ley 1429 de 2010	Gestion QHS	Congreso de la República	06/01/2010	Ley de formalización y generación de empleo y otras disposiciones. - Ley de Reformas legales laborales	Art: 1, 2, 3, y todos lo que en esta ley contienen.	La institucion realiza capacitaciones en salud (mental) y seguridad para prevenir situaciones de riesgo en la producción, la salud y comercialización de bienes y servicios.
Circular	Circular 038 de 2010	Gestion QHS	Ministerio de la Protección Social y Congreso de la Republica	09/07/2010	Espacios libres de humo y de sustancias psicoactivas en las empresas.	Art. 348 Suministrar y acondicionar sitios de trabajo que garanticen seguridad y salud de los trabajadores. Hacer exámenes médicos a su personal y adoptar medidas de higiene y seguridad	La institucion prohibe el consumo de cigarrillo y sustancias psicoactivas en lugares de oficinas donde hay personal.
RESOLUCIÓN	Resolución 1918 de 2009	Gestion QHS	Ministerio de la proteccion social	05/06/2009	Por la cual se modifican los articulos 11|, 17, de la resolución 2346 del 2007 y se dictan otras dispocsiciones.	Art: 1 , 2	Por la cual se modifican los articulos 11|, 17, de la resolución 2346 del 2007 y se dictan otras dispocsiciones.
RESOLUCIÓN	Resolucion 2646 de 2008	Gestion QHS	Ministerio de la Protección Social	17 /08/ 2008	Por la cual se disposiciones y defininen responsabilidades para la identificación, evaluación, prevención, intervencion y monitoreo permanente de la exposicion a factores de riesgo psicosocial en el trabajo y para la determinación del origen de patologias causadas por el estres ocupacional.	Ley 9 / 79, Art. 38, y el numeral 12 del Art. 2 Dcecreto Ley 205 /03 y numeral 12 Art: 10 de la Resolucion 1016 / 89. Y aplica todos articulos y Titulos de la presente Resolución.	**Por la cual se disposiciones y defininen responsabilidades para la identificación, evaluac ión, prevención, intervencion y monitoreo permanente de la exposicion a factores de riesgo psicosocial en el trabajo y para la determinación del origen de patologias causadas por el estres ocupacional.**
DRECRETO	Decreto 4835 de 2010	Gestion Talento Humano	Ministerio de la Proteccion Social	30/12/2010	**Por la cual se establece el Auxilio de Transportemensual**	Aplica el art: 1, 2	Auxilio de Trasporte mensual para los trabajadores

LEY	Ley 1280 de 2009	Gestion Talento Humano	Congreso de Colombia	05/01/2009	"Por la cual se adiciona el numeral 10 del artículo 57 del Código Sustantivo del Trabajo y se establece la licencia por luto".	Numer as 10, Art; 57	Licencia por muerte de un familiar
RESOLUCIÓN	Resolucion 156 de 2005	Gestion QHS	Ministerio de la Proteccion Social	27/01/2005	Por medio de la cual se adoptan los formatos del informe de accidente de trabajo y de enfermedad profesional de que trata el artículo 62 del Decreto-ley 1295 de 1994.	Decreto ley 1295 de 1994,Art: 62	Formatos del informe de accidente de trabajo y de enfermedad profesional

CONTROL DE CAMBIOS			
FECHA	**DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO**	**VERSIÓN**	**MODIFICADO POR**
Mayo del 2016	Aprobación Inicial	1	

VERSION No.	ELABORADO POR	REVISADO POR
1		