

 Universidad Nacional Abierta y a Distancia	<b>FORMATO DE REGISTRO DE REUNIONES Y COMITÉS INSTITUCIONALES</b>	<b>CÓDIGO:</b> F-2-2-16
	<b>PROCEDIMIENTO RELACIONADO: GESTIÓN DOCUMENTAL</b>	<b>VERSIÓN:</b> 0-12-08-2016
		<b>PÁGINAS:</b> Página 1 de 15

### I. ENCABEZADO

Unidad	Reunión	Fecha
OFICINA DE CONTROL INTERNO	Comité Técnico de Gestión Integral – MECI	3 DE JULIO DE 2018

### II. INFORMACIÓN INICIAL

<b>Objetivo General de la reunión</b>	<b>¿Quién preside?</b>				
Revisión por la Alta Dirección de los diferentes componentes del SIG de la UNAD	JAIME ALBERTO LEAL AFANADOR				
<b>Secretario de la Reunión</b>	<b>Lugar de la reunión</b>				
DANIEL BEJARANO GARRIDO	SALON DE CONSEJOS				
<b>Puntos a tratar en la agenda</b>	<b>Hora de inicio</b>	9:00 AM			
	<b>Hora de Finalización</b>	12:15 PM			
	1. Revisión del avance de los compromisos concertados en el comité anterior. 2. Revisión Componente de Gestión de la Calidad 3. Revisión Componente de Gestión Ambiental 4. Revisión Componente de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo 5. Revisión Componente de Gestión de Servicios de Infraestructura Tecnológica 6. Revisión Componente de Gestión Seguridad de la Información 7. Cierre				
<b>Participantes</b>					
Nombre Completo	Cargo	Sigla	Sigla Unidad	Tipo de asistencia	
				Pmte	Invi
JAIME ALBERTO LEAL AFANADOR	RECTOR	JAL	RECT	X	
LEONARDO SANCHEZ TORRES	VICERRECTOR	LST	VIDER	X	
CLAUDIO CAMILO GONZALEZ	DECANO	CCG	EINGEN	X	
CLARA PEDRAZA	DECANA	CP	ECEDU	X	
SANDRA MORALES MANTILLA	DECANA	SMM	ECSAH	X	
LEONARDO URREGO	JEFE PLANEAC	LU	OPLAN	X	
LUIGI LOPEZ GUZMAN	VICERRECTOR	LL	VISAE	X	
CONSTANZA VENEGAS	PROFESIONAL	CV	SGRAL	X	
CHRISTIAN MANCILLA	GERENTE	CM	GCMU	X	
ALEXANDER CUESTAS	GERENTE	AC	GTH	X	
SANDRA ROCIO MONDRAGON	DECANA	SRM	ECACEN	X	

*(Handwritten mark)*

 Universidad Nacional Abierta y a Distancia	<b>FORMATO DE REGISTRO DE REUNIONES Y COMITÉS INSTITUCIONALES</b>	<b>CÓDIGO:</b> F-2-2-16
	<b>PROCEDIMIENTO RELACIONADO: GESTIÓN DOCUMENTAL</b>	<b>VERSIÓN:</b> 0-12-08-2016
		<b>PÁGINAS:</b> Página 2 de 15

MYRIAM LEONOR TORRES	DECANA	MLT	ECISA	X	
JULIALBA ANGEL OSORIO	DECANA	JAO	ECAPMA	X	
DANIEL BEJARANO GARRIDO	SECRETARIO COMITÉ	DBG	OCONT	X	
BLANCA DILIA PARRADO	DIRECTORA	BDP	ACACIAS	X	
JUAN BAYONA	DIRECTOR	JB	MEDELLIN	X	
GLORIA ISABEL VARGAS	DIRECTORA	GIV	NEIVA	X	
OLIVA ANDREA ORTIZ	CONTRATISTA GCMU	OO	TUNJA	X	
RONALD DARIO CASTRO	PROFESIONAL GCMU	RC	GCMU	X	
ADRIANA BERNAL	PROFESIONAL GIDT	AB	GIDT		X

### III. REGISTRO, COMENTARIOS RELEVANTES DE LA REUNIÓN

1. Revisión del avance de los compromisos concertados en el comité anterior.
<p>DBG: Da lectura a los compromisos pendientes del comité anterior e informa los avances En el punto de articular los sistemas de información se le solicita al Ingeniero Salinas hacer algunas aclaraciones: Se actualizó y ya se debe estar consolidando el reporte de SNIES.</p> <p>JALA: Se hicieron algunas sugerencias que es necesario que el comité conozca por la fiabilidad y confiabilidad de la información que se remite de cada dependencia.</p> <p>AS: Si, sobre todo por la calidad de información que reportan las unidades, el sistema de SNIES realizó unos cambios y ya no se va a tener segundas oportunidades, antes se podía hacer una pre-validación por un SNIES local que nos permitía corregir errores antes del reporte final, con los cambios del MEN ya esta herramienta no existe lo que nosotros diligenciamos en cada una de las fichas queda reportado al MEN ellos generan los errores y lo guardan dentro del repositorio de reportes erróneos y son sometidos a análisis por parte de inspección y vigilancia y por parte de la empresa auditora que venga a hacer la revisión en su momento a la universidad de manera local.</p> <p>LU: También quiero hacer una observación, de todos los informes generados se debe tener soportes, a partir de agosto se van a programar las auditorias que van a tomar en cuenta hasta 2017-2, como segundo punto hice un planteamiento no solo en que se capture la información sino que esa información se analice y por eso se incluyó dentro del procedimiento que trimestralmente las unidades que generan información, deben presentar un análisis de esa información para saber cómo estamos frente a la competencia, frente al mercado, frente a las instituciones públicas y saber cómo ha sido nuestro comportamiento y como tercero es que el proyecto del MEN es hacer un gran sistema de información donde se una todo SPADIES, SNIES, SUE, SACES Y OLE esto significa que tenemos que armonizar toda la información que se registra en la universidad, este es el momento de generar estos diálogos para que toda la trazabilidad de la información este.</p>
-Revisión del Componente de Gestión de la Calidad
<p>OO: Inicia presentando el análisis de cumplimiento de objetivos del SIG, este análisis fue concertado con los líderes de los componentes y los criterios para la evaluación del cumplimiento de los objetivos que están asociados a los criterios que se utilizan para la evaluación del comportamiento de los indicadores del SIG, el nivel de cumplimiento corresponde al comportamiento de estos indicadores únicamente, el SIG tiene 55 indicadores para 12 de los 13 procesos y para hacer este análisis se tomó el último reporte de los indicadores.</p>

12

 Universidad Nacional Abierta y a Distancia	<b>FORMATO DE REGISTRO DE REUNIONES Y COMITÉS INSTITUCIONALES</b>	<b>CÓDIGO:</b> F-2-2-16
	<b>PROCEDIMIENTO RELACIONADO: GESTIÓN DOCUMENTAL</b>	<b>VERSIÓN:</b> 0-12-08-2016
		<b>PÁGINAS:</b> Página 3 de 15

Expone cada uno de los objetivos con sus mediciones asociadas y el grado de cumplimiento. En el objetivo No. 5 Programas de Bienestar Institucional hay dos indicadores que no tienen el reporte de 2017 el de recursos asignados al desarrollo de bienestar y atención en el chat de atención psicosocial.

JALA: ¿Pregunta por qué si faltan 2 por que la calificación de alto nivel de cumplimiento?

OO: Se tomó los que si reportaron y esos nos da un alto nivel haciendo la salvedad de los dos que faltan

JALA: En el caso que no reportan que hacen?

OO: Se hacen los acompañamientos para que analicen los indicadores y determinen la dificultad de conseguir la información que están reportando en los indicadores, se hizo una mejora haciendo una conciliación con las unidades que deben reportar la información y las unidades que deben hacer el análisis de dicha información.

JALA: Se tiene alguna fecha para determinar el tiempo de información?

OO: Se han puesto plazos y se le ha hecho el seguimiento al cumplimiento

CM: Dentro del acompañamiento que se ha venido haciendo, las alertas tempranas, el envío de los correos electrónicos, el último plazo es esta semana, debido a la agenda que vamos a tener de la visita de la auditoria externa con SGS.

OO: Continúa exponiendo los objetivos, en el No. 10 se tienen los indicadores del proceso de talento humano y del proceso de bienestar se tuvo un nivel bajo de crecimiento en la meta de accidentes laborales y eso jaló hacia abajo el cumplimiento del objetivo, esta situación ya fue atendida y documentada en el indicador correspondiente.

JALA: Le solicita al Dr. Alexander aclarar que pasó

AC: Frente al tema de los indicadores de accidentes laborales y de enfermedades laborales, lo ideal es que sea cero pero por la dinámica de la organización mantener en cero ese indicador es complejo, ya se está revisando desde el componente de SST como establecer unos límites inferiores a los indicadores para tener un margen de maniobra porque así el sistema esté operando de la mejor manera es imposible controlar o poder mitigar tener cero accidentes laborales y poder establecer un límite inferior y uno superior de acuerdo al número de la población.

OO: A continuación presenta las oportunidades de mejora: - Realimentación de la asociación propuesta entre objetivos del SIG e indicadores de los procesos, - Inclusión de información de plan de desarrollo y planes operativos como fuentes de información para evaluar el grado de cumplimiento de los objetivos del SIG en virtud de las necesidades del MIPG, - Incorporación de información de otras métricas utilizadas en las unidades y zonas como fuente de información para la evaluación de los objetivos del SIG.

JALA: Pregunta si el comité acoge estas oportunidades de mejora,

LU: Hace una observación sobre el segundo punto, el Modelo Integrado de Planeación y Gestión que es el Decreto 612 del año pasado, plantea que todas las instituciones como mínimo deben tener 12 planes eso sonaría a un desgaste institucional, la oficina asesora de planeación en conjunto con otras unidades estamos trabajando para armonizar todo lo que se plantea allí en virtud de su plan de desarrollo, que se tenga un plan

 Universidad Nacional Abierta y a Distancia	<b>FORMATO DE REGISTRO DE REUNIONES Y COMITÉS INSTITUCIONALES</b>	<b>CÓDIGO:</b> F-2-2-16
	<b>PROCEDIMIENTO RELACIONADO: GESTIÓN DOCUMENTAL</b>	<b>VERSIÓN:</b> 0-12-08-2016
		<b>PÁGINAS:</b> Página 4 de 15

articulado donde las diferentes metas estén plasmadas en nuestro plan de desarrollo y que las metodologías de planeación sea la base para el desarrollo de cada uno de esos planes muchos de ellos ya se han trabajado, da lectura a los 12 planes que nos exigen. No queremos tener 12 planes desarticulados, que se generen indicadores y metas diferentes, sino que todo este articulado en el plan de desarrollo institucional para tener una sola métrica, una sola medición solo un ejercicio y todo armonizado.

JALA: Es importante que nos ubiquemos, la UNAD acogió el MAPP hace 15 años se tiene una ruta de construcción colectiva de los planes de desarrollo que se desagregan en los planes operativos de las diferentes unidades que enmarcan los diferentes sistemas de la UNAD, lo que nos pide el gobierno nacional se surte a partir de la información que proviene de los planes institucionales, pero nosotros no vamos a cambiar la estructura del modelo de planificación porque esa esta derivada de la manera cómo el ejecutivo controla los diferentes proyectos y programas que tienen a través de indicadores, lo que nosotros derivamos es información para atender esos recursos, pero en el ejercicio de la autonomía universitaria la universidad no depende ni del poder legislativo ni del judicial ni del ejecutivo, podemos entregar información pero nosotros no tenemos porque ceñirnos a las estructuras de estos planes que puede derivar un gobierno para otro tipo de organizaciones descentralizadas, que no se vaya a pensar que la UNAD tenga que modificar el número de planes que desde aquí surgen internamente o la concepción que tenemos en su estructuración sino todo lo contrario nosotros tenemos que seguir fortaleciendo nuestro modelo de participación y construcción colectiva de los planes y recurrir a la información que sea pertinente para poder solventar los requerimientos que nos hagan algunos organizaciones públicas entorno a esos 12 planes que ellos están generando y gestando, el modelo nuestro ha sido un modelo exitoso que nos ha permitido posicionarnos donde estamos, estos sistemas integrados de gestión requieren una claridad meridiana sobre el modelo que tenemos, sobre el significado de nuestros planes de desarrollo y sobre la manera como operamos a través de planes anuales que de alguna manera lo que hacen es surtir información.

#### APROBADA LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA

OO: A continuación hace la presentación de la revisión por la dirección del Componente de Gestión de la Calidad.

Se tienen 4 entradas para la revisión por la dirección: 1) Cambios en las cuestiones internas o externas que son pertinentes al SIG 2) Desempeño y eficiencia del componente Gestión de la calidad, 3) Acciones para abordar riesgos y oportunidades, y 4) Oportunidades de mejora.

1) Cambios en las cuestiones internas o externas que son pertinentes al SIG- componente gestión de la calidad, con los ajustes del DAFP y el nuevo decreto 1499/17 la norma técnica en la cual nosotros estamos certificados tiene validez (GP1000/2009) hasta sept/2018 y es necesario hacer el cambio en los documentos y registros institucionales a partir de la fecha por que el sello que está ya no va a tener validez, el sistema sigue operando pero la entidad está en libertad de certificarse en otra norma de calidad. Otro cambio es el avance en la transición del SIG a la versión 2015 de la norma 9001, se tiene el contexto de la organización, se hizo la actualización del manual del SIG, se formalizó la herramienta del PCI y POAM, riesgos y oportunidades, y se formalizaron los requisitos de los stakeholders, avance de los planes de acción fruto del diagnóstico de cumplimiento de requisitos de la norma, 9 de las 13 caracterizaciones fueron actualizadas, 11 de 13 procesos con procedimientos fueron actualizados en el último año, implementación de herramientas para atender requisitos generales de la organización, armonización de mediciones con los objetivos del SIG., 3 de 13 procesos han identificado mediciones, marco legal aplicable, en proceso por actualizaciones estatutarias. Procede a informar las fechas de la pre y auditorías externas por parte de SGS, se inicia con la pre-auditoria para certificación la próxima semana 9,10 y 11 de julio sede nacional, auditoria externa revisión documental 13 y 14 de agosto, verificación en sitios del 10 al 14 de sept/18 en sede nacional y 4 sedes más.

14

 Universidad Nacional Abierta y a Distancia	<b>FORMATO DE REGISTRO DE REUNIONES Y COMITÉS INSTITUCIONALES</b>	<b>CÓDIGO:</b> F-2-2-16
	<b>PROCEDIMIENTO RELACIONADO: GESTIÓN DOCUMENTAL</b>	<b>VERSIÓN:</b> 0-12-08-2016
		<b>PÁGINAS:</b> Página 5 de 15

CM: Solicita la colaboración de todas las unidades para atender la pre-auditoria y que en agosto también se tenga toda la documentación que salga por actualizar de la pre-auditoria, la fase 2 ya es desde los puestos de trabajo van a ir al JAG, Tunja, Medellín y Acacias.

2) Desempeño y eficiencia del componente Gestión de la calidad,  
Presenta un cuadro de desempeño-satisfacción del cliente, PQRs resueltas a dic de 2017 y primer trimestre 2018 donde a dic/17 fueron resueltas 1620 peticiones y 600 al primer trimestre/18. Se evidencia que las quejas sobre el servicio y reportes que tuvieron alguna connotación de incumplimiento no son la mayor parte de las solicitudes resueltas a través del sistema. Presenta una tabla por temas de las solicitudes más recurrentes para ellos será obligatorio la formalización de planes de mejoramiento; igualmente presenta un cuadro del desempeño de los procesos y de conformidad de los productos y servicios.

La otra entrada es resultado de las auditorias y planes de acción.

LU: Quiere hacer una observación solo se está tomando el PCI Y POAM, no se puede olvidar el plan de desarrollo porque ya hay todo un ejercicio de trazabilidad incluso se identifican algunos actores y hay algunos análisis de vulnerabilidad y eso no se puede dejar de lado, sino que todos esos elementos fortalezcan esa base de lo que se está planteando.

CM: Ya se hizo un ejercicio en la formulación del plan de mejoramiento Desarrollo 2015-2019, el PCI Y POAM busca fortalecer o que ya se ha venido desarrollando desde la planificación con el modelo ALTAIR, se busca actualizar la mirada de la organización al 2017.

DB: Auditorías Internas: La firma certificado SGS ha destacado que las auditorías internas son garantía para el mejoramiento continuo de la Universidad. Como compromiso del comité anterior era capacitar a 15 auditores nuevos en el 2018 en las tres normas ISO 9001:2015, ISO 14001 y OHSAS 18001, ya se tiene una propuesta y estamos a la espera de la asignación de recursos; se actualizó con sus formatos e instructivos y se socializó, se aprobó el programa de auditorías para la vig, 2018, se realizó un taller y web conference de capacitación de auditorías, el programa de viene cumpliendo de acuerdo al cronograma, de 23 auditorías programadas se han realizado 22 que representan un 95,6% de cumplimiento.

Administración de Riesgos: Se expidió la circular 001 "lineamientos para la administración de riesgos", se inició con el trámite de propuestas de actualización del mapa de riesgos de las unidades y centros, en coordinación con la GCMU y los líderes de procedimientos la actualización del PCI y del POAM que nos ha permitido determinar un análisis del contexto, lo cual es una labor permanente. Presenta un avance de las auditorias se identificaron 4 no conformidades menores en el proceso de Gestión de la Oferta Educativa, y cerca de 73 oportunidades de mejora; estas se pueden superar con un plan de mejoramiento.

En cuanto al resultado del MECI menciona producto de la Evaluación del Departamento Administrativo de la Función Pública-DAFP-, por sexto año consecutivo, obtuvimos el primer puesto en la categoría de "Entes Universitarios Autónomos" con un porcentaje del 84,8%, a pesar del cambio la metodología, pero sigue siendo evaluado de manera permanente

OO: Adecuación de los recursos – Talento Humano: Personal de planta administrativa 8 y 10 contratistas de apoyo a la gestión.

OO: En cuanto a la Eficacia de las acciones para atender los riesgos y oportunidades, se están trabajando en la Aplicación Mapas de Riesgos Versión 2.0 y en el SSAM y está en curso la formalización de acciones para

15

15

 UNAD Universidad Nacional Abierta y a Distancia	<b>FORMATO DE REGISTRO DE REUNIONES Y COMITÉS INSTITUCIONALES</b>	<b>CÓDIGO:</b> F-2-2-16
	<b>PROCEDIMIENTO RELACIONADO: GESTIÓN DOCUMENTAL</b>	<b>VERSIÓN:</b> 0-12-08-2016
		<b>PÁGINAS:</b> Página 6 de 15

atender las oportunidades.

A continuación, presenta las oportunidades de mejora para aprobación del comité:

- Consolidación de información institucional para atender requisitos generales de la normatividad.
- Mediciones que aportan a la evaluación de cumplimiento de los objetivos fecha de entrega 6 de julio.
- Matriz de partes interesadas y sus requisitos fecha de entrega 6 de julio
- Matriz de comunicaciones fecha de entrega 6 de julio
- Armonización del SIG con las dimensiones de Modelo Integrado de Planeación y Gestión, fecha de entrega por definir.

CM: El lleno total de estos instrumentos se debe tener antes de la pre-auditoria y estas son las fechas propuestas. Pregunta al Dr. LU frente a los requerimientos que han salido del DAFP hay alguna fecha límite para tener productos consolidados.

LU: Según del DAFP 31 de julio, el debate está en la obligatoriedad que tiene la UNAD de cumplir o no el DAFP dice que no pero el MEN dice que si, yo pensaría que lo mejor es ir trabajando en virtud de lo que se quiere, estamos ad portas de un nuevo plan de desarrollo 2019-2023 debemos ir ajustando y construyendo todo ese desarrollando, pensaría que la fecha del 31 de julio no nos obligaría.

OO: Se tienen dos buenas prácticas a reconocer una del CEAD de Medellín-ECAPMA “Plantas purificadoras del aire”, y la otra de la sede JCM – GRI “Mercadeo redes sociales”, se ponen a consideración del comité para que se conozcan y se les de su reconocimiento.

CM: La invitación es para que los diferentes equipos de trabajo a nivel nacional expongan y visibilicen esos ejercicios de optimización dentro de la gestión que se puedan replicar en otros centros y cumplimiento de los requisitos tengan un reconocimiento a nivel nacional.

OO: Las salidas de la revisión por la dirección: - Oportunidades de mejora, - necesidades de cambio en el componente de GC, - necesidades de recursos.

CM: Pregunta si alguien quiere realimentar o tiene alguna observación

LL: 1) Con respecto a los indicadores, una de las acciones que se deberían implementar es poderlos ajustar, replantearse de hacerlos mucho más pertinentes, los indicadores deberían consolidarse para que la universidad cuente con un único modelo de indicadores de gestión, que le garanticen la mejora, por qué mido algo es para poderlo controlar y poderlo mejorar pero si tengo indicadores que tengo que reportar periódicamente y no me están generando un valor agregado a la universidad y si es un desgaste para la entidad reportando información y aparte de todo se está generando incumplimiento por que a veces no es pertinente, por ejemplo cual es la importancia de saber cómo ha funcionado el chat virtual de bienestar si realmente eso le representa un valor agregado a la universidad o si es mejor un indicador relacionado con la retención y permanencia que valdría la pena que se vinculara como modelo de indicadores de los objetivos de calidad, vale la pena revisar los indicadores y mirar la pertinencia, que tan ajustados y que tan objetivos están siendo, si son útiles y si nos permite la mejora.

También sería importante saber cuáles fueron las 2 no conformidades que se encontraron en las auditorias para mirar cómo podemos aportar y que tan graves son. Otra cosa que se pasó muy rápido fue la articulación del SIG con el modelo de planificación estratégica de la universidad, cuando se logre esta articulación y tengamos

	<b>FORMATO DE REGISTRO DE REUNIONES Y COMITÉS INSTITUCIONALES</b>	<b>CÓDIGO:</b> F-2-2-16
	<b>PROCEDIMIENTO RELACIONADO: GESTIÓN DOCUMENTAL</b>	<b>VERSIÓN:</b> 0-12-08-2016
		<b>PÁGINAS:</b> Página 7 de 15

un modelo integrado de gestión de la universidad, vamos a solucionar muchas cosas, lo que se pretende es que la información de cada unidad sirva para algo en la universidad. Este es un proyecto grande y no debe quedar como una actividad.

DB: Las 2 no conformidades fueron de Oferta educativa la primera apunta el control de las salidas no conformes ellos manifiestan no tenerlas, que se traten a través de las PQRs, se cita un caso de la oferta de un curso se evidencia que no se cumple con el cronograma propuesto y esto afecta la prestación del servicio ofertado y el secretario académico de ingeniería menciona que es recurrente la demora en la publicación de las notas, la segunda apunta en la gestión para la renovación del registro calificado -renovación del programa de ingeniería ambiental durante el año 2017 se formuló un plan de contingencia para atender la situación presentada sin embargo el impacto no ha sido analizado y evaluado para tomar las acciones respectivas.

CM: Se están fortaleciendo el ejercicio del sistema de atención al usuario, se están identificando por temáticas para mirar la demora o la debilidad dentro de los canales de atención o cuales son los factores que dentro de la gestión universitaria están generando trabas en la prestación de los servicios, es un ejercicio de evaluación continua estamos evolucionando en nuestras herramientas, pero también es necesario el compromiso de cada uno de los actores.

DB: Se reciben de manera constructiva sus observaciones sin embargo es importante recalcar la evaluación que ha realizado la firma certificadora que es un tercero, con respecto al proceso de auditorías, si se hace una revisión de las auditorías siempre se han encontrado la versión de que las auditorías internas son garantía del mejoramiento a la universidad, no vamos a decir que las auditorías son perfectas por eso se ha implementado como el fortalecimiento del equipo auditor y que respondan a un sistema integrado de gestión robusto. Los auditores reciben una capacitación aterrizada al iniciar cada uno de los ejercicios de auditoría, también se modifican nuestros procesos y procedimientos para que estén a tono frente a las nuevas realidades estamos en mejoramiento continuo.

### 3. Revisión Componente de Gestión Ambiental

Los temas a tratar para la revisión por la dirección son los 6 temas que pide la norma ISO 14001/2015:

- 1) Cambio en el sistema (Factores externos e internos, expectativas stakeholders, aspectos ambientales, riesgos y oportunidades).

En los factores externos tenemos los políticos, legales, económicos, ecológicos, sociales y tecnológicos en los internos el modelo empresarial, estructura organizacional, proceso productivo, recursos humanos, instalaciones físicas y condiciones ambientales, y prácticas de gestión implementadas. Se tienen debilidades y fortalezas. En cuanto a debilidades por ejemplo en el despliegue en algunas zonas, se ha trabajado con los pasantes y los monitores ambientales disminuyendo ese riesgo, tenemos oportunidades como la implementación de energías alternativas y acogernos a toda la excepción de impuestos, en cuanto a las fortalezas tener el sistema certificado tener, el plan de desarrollo originado con los objetivos de desarrollo sostenible y algunos riesgos como los cambios normativos legales y todas las visitas de inspección a que estamos expuestos en la parte de gestión ambiental.

Expectativas de los stakeholders: se tiene varias partes de interés; personal Unadista, clientes, proveedores, pares, entidades de control, comunidades locales, medios de comunicación, se tiene una clasificación alta donde se tiene la alta dirección y los entes externos. Las necesidades que se tienen es mantener la certificación de la ISO 14001, prevenir sanciones de origen ambiental para la entidad, cumplir con el registro de vertimientos (2015) y del PEV (2018) otorgado a la sede nacional, cumplir con los requerimientos realizados en las visitas de inspección y seguimiento de la SDA a sede nacional y al JAG, cumplir el requerimiento de envío

	<b>FORMATO DE REGISTRO DE REUNIONES Y COMITÉS INSTITUCIONALES</b>	<b>CÓDIGO:</b> F-2-2-16
	<b>PROCEDIMIENTO RELACIONADO: GESTIÓN DOCUMENTAL</b>	<b>VERSIÓN:</b> 0-12-08-2016
		<b>PÁGINAS:</b> Página 8 de 15

anual de los resultados monitoreo de ARND del JCM, JAG, GRI, Acacias, Cali, Florencia y Tunja.

Los cambios en el sistema en aspectos ambientales son los mismos el consumo de energía, de agua, etc. Lo que cambio fue la calificación en diferentes actividades por los cambios que ha tenido la universidad como por ejemplo el nuevo laboratorio de radiología. Riesgos y oportunidades derivados de factores externos e internos han cambiado del 2017 al 2018 el año pasado se tenían 14 riesgos en este año 11 tenemos una fortaleza el control a proveedores que el año pasado no se tenía.

- Logro de los objetivos ambientales: Se tienen 6 objetivos puntuales y se hicieron 19 metas propuestas se cumplieron 17 dando un indicador de cumplimiento del ALTO GRADO (89,47%).
- Desempeño ambiental (no conformidades y acciones correctivas, seguimiento y medición, cumplimiento requisitos legales) Actualmente se cuenta con 4 planes de mejoramiento; uno como resultado de las auditorias internas en el CEAD de Medellín, otro de la visita de inspección y control al JAG de parte SDA, otro como resultado de la auditoria interna al Cead de Palmira y otro de las visitas de inspección y control SDA al JCM, cada uno con sus respectivas acciones correctivas, el que tiene mayor nivel de avance con un 92,9% el Cead de Medellín y el que tiene menos avances el Cead de Palmira con un 33,3%. Igualmente hace la presentación del seguimiento y medición de cada uno de los programas cuales fueron los resultados numéricos para cumplir las metas que se tienen, los residuos recuperables aumentó en un 10,68%, se redujo la producción de residuos peligrosos en un -44,4%, aumento en consumo de energía en la sede nacional en un 24,07% y se tuvo un ahorro global de 1298 m3 de agua en la sede nacional, el ahorro de papel fue del -47,75%, disminuyó la carga contaminante ocasionada por solidos sedimentables de 4,5 a 0,1 mL/L y se generaron líneas bases para controlar el consumo de ACPM, gasolina y gas natural.

En cuanto al cumplimiento de requisitos legales se tiene 197 requisitos legales identificados de los cuales 188 estamos cumpliendo y 9 están en proceso de cumplimiento, son solicitud de la Secretaria Distrital de Ambiente que llegaron en 2015 y 2017 con respecto en uso de últimas tecnologías de ahorro de agua obligatorio a todas las entidades del sector publico Decreto 3102/97(MADS), Res. 631/15 (MADS), Res. 3957/09 (SDA).

- Adecuación de recursos (recursos humanos, recursos financieros): Se tiene 8 pasantes a nivel nacional que han ayudado a levantar información y a desplegar la información en las zonas, y en 6 centros se tiene e-monitores. En cuanto a recursos financieros se tienen en ejecución para el monitoreo de aguas residuales en el JCM \$12'200.000 y JAG \$4'200.040; se tiene proyectado a nivel nacional \$78'000.000 para recolección, transporte y disposición final del RESPEL y JCM \$6'000.000 para monitoreo y control de emisiones de la caldera de la planta piloto, también se tiene proyectado \$65'000.000 para monitoreo anual de aguas residuales para algunos centros que tienen laboratorios como JAG, Florencia, Tunja, Acacias, Cali, JCM y GRI
- Comunicaciones (PQRs, comunicaciones internas y externas de los stakeholders): PQRS no se ha recibido ninguna relacionada con el componente de gestión ambiental. Solicitudes internas de los stakeholders la más frecuente es la de docentes de los laboratorios por la recolección del RESPEL, en cuanto a solicitudes externas se tiene la de la Secretaria Distrital de Ambiente sobre el cumplimiento de algunas solicitudes realizadas en una visita de inspección a JCM y al JAG, solicitud de adecuación del aviso del JAG que ya se está trabajando con infraestructura física, una notificación de Aprobación nivel III y entrada al nivel IV PREAD del programa de Gestión Ambiental Empresarial y una invitación a presentar ponencia en el III foro nacional de universidades y sostenibilidad en Cartagena, se está trabajando en la propuesta a presentar. Se obtuvo un certificado de reconocimiento estamos en el nivel

 Universidad Nacional Abierta y a Distancia	<b>FORMATO DE REGISTRO DE REUNIONES Y COMITÉS INSTITUCIONALES</b>	<b>CÓDIGO:</b> F-2-2-16
	<b>PROCEDIMIENTO RELACIONADO: GESTIÓN DOCUMENTAL</b>	<b>VERSIÓN:</b> 0-12-08-2016
		<b>PÁGINAS:</b> Página 9 de 15

IV Sistema de Gestión Ambiental, las metas se han cumplido y por eso fue el reconocimiento y beneficios

- Oportunidades para la mejora: Seguir trabajando en el aumento de la iluminación LED, ampliar la red ambiental en los centros con apoyo de monitores y pasantes, seguir avanzando en la adecuación de los centros de acopio en los centros que lo requieran, también vincular toda la parte del contexto organizacional a la parte ambiental de una forma integrarlo dentro de la planificación estratégica.

LL: Siempre es grato ver los resultados de este componente, lo están haciendo muy bien porque es una responsabilidad social esto debe ser implementado como una línea estratégica en la universidad, quisiéramos saber de cuando ha sido el ahorro en pesos, quisiera saber en qué va el proyecto de los paneles de energía solar.

#### 4. Revisión Componente de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

AC: Los aspectos a evaluar por la dirección:

- Resultados de la auditoria externa: Quedó una no conformidad relacionada con la falta de procedimientos operativos normalizados en primeros auxilios en laboratorios, se hizo un plan de acción y se implementaron 4 acciones con las cuales ya se cerró esta no conformidad.
- Requisitos legales: El componente tiene identificados 397 requisitos distribuidos así: anuales 291, dos años 11, mensuales 95, a la fecha le hemos dados cumplimiento al 100%, en este momento tenemos un requisito que se debe implementar antes de enero de 2019 y estamos en ese proceso, que es la Ley 1823/17 "Por medio de la cual se adopta la estrategia de salas de lactancia en las entidades públicas, territoriales y empresas privadas". Ya se tiene el espacio identificado con infraestructura ya se hizo la solicitud para dotar la sala de lactancia y así pasarla al comité financiero y darle viabilidad e implementarla, igualmente se está haciendo en los centros de acuerdo a un estudio de talento humano en que centros hay mujeres en estado de embarazo para darle prioridad. También se tiene la Resolución 2646/18 que tiene que ver con "riesgo psicosocial", se debe aplicar la encuesta en 2018 y toca reevaluar el impacto del plan de acción establecido, la Resolución 1111/17 "Por la cual se definen los estándares mínimos del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo" todas las entidades deben implementar en cada uno de las sedes, este requerimiento ya se está cumpliendo en sus diferentes fases. Presenta los planes de mejoramiento establecidos en las zonas y subidos a la aplicación del SSAM al igual que las acciones formuladas.
- Resultados de participación y consulta: No se ha tenido ninguna queja, ni reclamos ni felicitación, se tiene una comunicación continua con las partes interesadas, en la página de la GTH y GCMU está toda la información y la documentación. También se tiene todo lo del plan de capacitación ya se han identificado las necesidades de capacitación que surgen de los accidentes de trabajo, de las reuniones, etc. En cuanto a los accidentes de trabajo en la vigencia 2018 a nivel nacional se han presentado 8 de origen laboral y 2 de accidente de origen común; el total de población Unadista 3200 que corresponde al 0,25%, presenta el tipo de accidente laboral, y los sitios o centros donde ocurrieron, cuando se generan los accidentes de trabajo se hace un ejercicio de sensibilización preventiva, tips de higiene postural, y un seguimiento al plan de acción que se establece con cada uno de los accidentes de trabajo, el comité del COPASST se reúne mensualmente para evaluar y hacer seguimiento a estas situaciones.
- Desempeño del componente: Informa las actividades realizadas en el Comité de convivencia laboral, y en el programa de Gestión de la seguridad y salud en el trabajo, por la sala de radiología se implementaron estos 3 programas por el nivel de riesgo que ocasiona: Programa de vigilancia Epidemiológica de riesgo psicosocial, programa de vigilancia Epidemiológica de desordenas musculo esqueléticos, y programa de vigilancia Epidemiológica de radiaciones ionizantes. Se realizan los

9.

 Universidad Nacional Abierta y a Distancia	<b>FORMATO DE REGISTRO DE REUNIONES Y COMITÉS INSTITUCIONALES</b>	<b>CÓDIGO:</b> F-2-2-16
	<b>PROCEDIMIENTO RELACIONADO: GESTIÓN DOCUMENTAL</b>	<b>VERSIÓN:</b> 0-12-08-2016
		<b>PÁGINAS:</b> Página 10 de 15

controles operacionales a la motobomba, al área eléctrica al ascensor, fumigación, lavado de tanques etc.

- Acciones de mejora pendientes matriz IPER: se tiene identificados 349 riesgos que se tienen valorados como 181 riesgo medio, 166 riesgo bajo y 2 riesgos altos. Presenta el plan de mejora para algunas áreas que requieren tratamiento prioritario: Como la recepción, el cuarto de conserjes y vigías, en los pasillos subir unas barandas, redondear algunos vidrios de las oficinas, techos, laboratorios, baños; se va a priorizar para ir remodelando escalonadamente, este estudio se hace con infraestructura y la gerencia administrativa y financiera, se tiene el plan de trabajo con la ARL Positiva 2018: levantamiento de las matrices de identificación de peligros de evaluación y valoración del riesgo, plan de preparación y respuesta ante emergencias, las inspecciones de laboratorios y mediciones ambientales.
- Compromisos del SG-SST en el año 2018: Continuar con la ejecución de la Fase III según resolución 1111/17, presentar información consolidada a la GAF de los requerimientos locativos y mantenimiento de máquinas y equipos para priorizar y pasarlo al comité financiero para su aprobación, presentar al comité financiero la adecuación de las salas de lactancia, conformación del nuevo comité paritario de SST y la conformación del Comité de convivencia laboral 2018 – 2020.

#### 5. Revisión Componente de Gestión de Servicios de Infraestructura Tecnológica

AB: Inicia su presentación informando que la UNAD mediante arriendo operativo realizó el cambio del nuevo leasing que va del 2018 al 2020 así: All in one 5115, portátiles 1069, impresoras 285, monitores 150, servidores 60, switches 308, video.beam 200, escáner 6., se inicio con un nuevo contrato para conectividad todos los canales fueron duplicados en velocidad, en casos específicos el incremento llegó al 300%, el canal de internet pasa de 300 megas a 3 gigas, la nube privada UNAD es un proyecto nuevo que permite el almacenamiento en línea de información no estructurada de los funcionarios administrativos, contratistas y docentes de la UNAD, actualmente se instalaron 10 instancias en los centros de: sede nacional, Valledupar, santa marta, Cartagena, puerto Colombia, Sahagún, corozal y guajira. En seguridad de la información se realizó el análisis de vulnerabilidades (al campus virtual), nueva solución de backups– data protector(administración de copias de respaldo), herramienta de rastreo Absolut (En caso de hurto permite rastrear donde está el equipo cuando se conecta a una red), Aruba ClearPass (Controla el acceso a la red), migración de infraestructura tecnológica (borrador seguro en los servidores y estaciones de trabajo a reemplazar, consola antivirus, aseguramiento de servidores (permite identificar y minimizar las debilidades que tiene los servidores de la Universidad.

Da a conocer una propuesta sobre el Plan Estratégico de Tecnología de la Información PETI define que es el PETI, para qué y que se quiere resolver (falta de alineación entre TI y la Institución, desintegración de áreas y aplicaciones, facilitar la toma de decisiones, mejorar niveles de desempeño, reducir ciclos de tiempo). Se tiene un modelo de arquitectura empresarial que esta enfocado en el aprovechamiento de las fortalezas TIC de la UNAD, es una práctica que consiste en analizar integralmente las entidades desde diferentes perspectivas con el propósito de evaluar y diagnosticar su estado actual y establecer la transformación necesaria; el objetivo es generar valor a través de las tecnologías de la información para ayudar a materializar la visión de la entidad.

El concepto de AE-Min TIC: la idea es tomar una línea base (to be) con los que ya se tiene sistema de infraestructura actual, estándares actuales, modelo de gestión y operación actual hasta donde la queremos llevar y cuáles son nuestros motivadores de negocio, necesidades, tendencias, modelos de referencia, estándares, regulación y mejores prácticas, a través de unos proyecto debemos ir creciendo hasta llegar a To be que es o más alto y a donde queremos llegar, no estamos tan desarticulados con lo que estamos haciendo con el plan de desarrollo y lo que está pidiendo el PETI si queremos empezar con esta iniciativa, la idea es planear desde ya como podemos integrar mejor a la universidad para tener mejores resultados, solicitamos un

	<b>FORMATO DE REGISTRO DE REUNIONES Y COMITÉS INSTITUCIONALES</b>	<b>CÓDIGO:</b> F-2-2-16
	<b>PROCEDIMIENTO RELACIONADO: GESTIÓN DOCUMENTAL</b>	<b>VERSIÓN:</b> 0-12-08-2016
		<b>PÁGINAS:</b> Página 11 de 15

acompañamiento de todas las unidades que están relacionadas con la planeación para ayudarnos a finalizar la construcción del PETI ya tenemos una base construida; ya está integrado el SIG y la Planeación, ellos nos entregan una metodología y lo que debe tener el documento da a conocer los roles que intervienen en la elaboración del Plan Estratégico de Tecnologías de la Información, con estos nuevos roles cambiara la forma de operar de la GIDT ya que crea niveles internos y externos de operación junto con responsabilidades sobre el actuar tecnológico de la UNAD. Cómo realizar el ejercicio gobierno de arquitectura que ya se tiene, faltaría el uso y apropiación (- estrategia de sensibilización y apropiación de AE, - Gestión del cambio, - Plan de comunicaciones).

A continuación, presenta la estructura de información que se hizo de la UNAD: Publico objetivo se tiene una parte estratégica, misional y operativo, se tuvieron en cuenta los proyectos del PAP solidario, plan de desarrollo y se fijaron unas metas pero requerimos de la colaboración de todos.

AS: Se viene trabajando fuertemente en la integración de las tecnologías, en convertir a la universidad en un único repositorio de la información de estar pendientes de la seguridad de la información los resultados se ven, se ha logrado integrar muchas herramientas, queremos que los datos y la información estratégica pueda ser consultada de una manera eficiente y eficaz por cualquier de los actores implicados.

LU: Felicita la buena propuesta, y los resultados se han dado es importante tener muy en cuenta la normatividad dada en la ISO 42010, no es solo cumplir con lo que pide el PETI no nos podemos quedar ahí debemos proyectarnos frente al tema, hay mucho de lo funcional y le falta mucho más de lo estratégico.

JALA: Yo creo que hay que leerlo al contrario más desde lo estratégico que de lo funcional, la visión de hoy es una organización que ha logrado vanguardia, lo estratégico está en que la innovación es la que está invitando a todo esto, mientras que las otras entidades están pensando como incorporar tecnología aquí nosotros estamos pensando en como innovar tecnología, la idea es de optimizar y proyectar una universidad mas potente.

**6. Revisión Componente de Gestión Seguridad de la Información**

Este punto está inmerso en el punto anterior.

**7. Varios**

CM: Quiere escuchar a las zonas y sobre todo las que van a ser auditadas si tienen algún requerimiento o apoyo en especial.

JALA: Le solicita a todos un minuto de silencio por la muerte del esposo de la Dra Gloria Isabel.

GIV: Agradece a toda la familia por su respaldo y fuerza en estos momentos difíciles de su vida, con respecto a la visita de la auditoria SGS estamos preparados y comprometidos, pero hay algunas cosas del componente de SST como sillas que no son las adecuadas. Agradecer el arreglo de la parte eléctrica y solicita nuevamente la adquisición del aire acondicionado.

JALA: Agradece a todos los participantes la asistencia a este primer comité de calidad del año, las decisiones que había que tomar se tomaron, las orientaciones que había que dar se dieron y las claridades, seguirlos invitando para que la gestión de desarrollo de la organización vaya en la línea apropiada.

*[Handwritten signature]*

**d) CIERRE Y LISTADO DE PENDIENTES**

*[Handwritten mark]*

 Universidad Nacional Abierta y a Distancia	<b>FORMATO DE REGISTRO DE REUNIONES Y COMITÉS INSTITUCIONALES</b>	<b>CÓDIGO:</b> F-2-2-16
	<b>PROCEDIMIENTO RELACIONADO: GESTIÓN DOCUMENTAL</b>	<b>VERSIÓN:</b> 0-12-08-2016
		<b>PÁGINAS:</b> Página 12 de 15

Acción	Tipo de acción (Correctiva, preventiva, mejora)	Responsable	Fecha de entrega
<p>En el objetivo No. 5 Programas de Bienestar Institucional hay dos indicadores que no tienen el reporte de 2017 el de recursos asignados al desarrollo de bienestar y atención en el chat de atención psicosocial.</p> <p>Todos los informes generados se debe tener soportes, a partir de agosto se van a programar las auditorías que van a tomar en cuenta hasta 2017-2, como segundo punto se hace un planteamiento no solo en que se capture la información sino que esa información se analice y por eso se incluyó dentro del procedimiento que trimestralmente las unidades que generan información, deben presentar un análisis de esa información para saber cómo estamos frente a la competencia, frente al mercado, frente a las instituciones públicas y saber cómo ha sido nuestro comportamiento y como tercero es que el proyecto del MEN es hacer un gran sistema de información donde se una todo SPADIES, SNIES, SUE, SACES Y OLE esto significa que tenemos que armonizar toda la información que se registra en la universidad, este es el momento de generar estos diálogos para que toda la trazabilidad de la información este.</p>		<p>VISAE-GCMU</p> <p>UNIDADES-CENTROS- GIDT-OPLAN</p>	
Oportunidades para la		GCMU	

12.

 Universidad Nacional Abierta y a Distancia	<b>FORMATO DE REGISTRO DE REUNIONES Y COMITÉS INSTITUCIONALES</b>	<b>CÓDIGO:</b> F-2-2-16
	<b>PROCEDIMIENTO RELACIONADO: GESTIÓN DOCUMENTAL</b>	<b>VERSIÓN:</b> 0-12-08-2016
		<b>PÁGINAS:</b> Página 13 de 15

mejora: Seguir trabajando en el aumento de la iluminación LED, ampliar la red ambiental en los centros con apoyo de monitores y pasantes, seguir avanzando en la adecuación de los centros de acopio en los centros que lo requieran, también vincular toda la parte del contexto organizacional a la parte ambiental de una forma integrarlo dentro de la planificación estratégica.			
Oportunidades de Mejora <ul style="list-style-type: none"> <li>- Consolidación de información institucional para atender requisitos generales de la normatividad.</li> <li>- Mediciones que aportan a la evaluación de cumplimiento de los objetivos fecha de entrega 6 de julio.</li> <li>- Matriz de partes interesadas y sus requisitos fecha de entrega 6 de julio</li> <li>- Matriz de comunicaciones fecha de entrega 6 de julio</li> <li>- Armonización del SIG con las dimensiones de Modelo Integrado de Planeación y Gestión, fecha de entrega por definir.</li> </ul>		GCMU-UNIDADES	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Compromisos del SG-SST en el año 2018: Continuar con la ejecución de la Fase III según resolución 1111/17,</li> </ul>		GTHUM	

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

 Universidad Nacional Abierta y a Distancia	<b>FORMATO DE REGISTRO DE REUNIONES Y COMITÉS                  INSTITUCIONALES</b>	<b>CÓDIGO:</b> F-2-2-16
	<b>PROCEDIMIENTO RELACIONADO: GESTIÓN                  DOCUMENTAL</b>	<b>VERSIÓN:</b> 0-12-08-2016
		<b>PÁGINAS:</b> Página 14 de 15

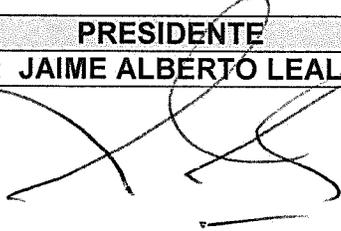
presentar información consolidada a la GAF de los requerimientos locativos y mantenimiento de máquinas y equipos para priorizar y pasarlo al comité financiero para su aprobación, presentar al comité financiero la adecuación de las salas de lactancia, conformación del nuevo comité paritario de SST y la conformación del Comité de convivencia laboral 2018 – 2020.			
los resultados se han dado es importante tener muy en cuenta la normatividad dada en la ISO 42010, no es solo cumplir con lo que pide el PETI no nos podemos quedar ahí debemos proyectarnos frente al tema, hay mucho de lo funcional y le falta mucho más de lo estratégico.		GIDT-OPLAN	
Se da por terminada el comité siendo la 12:15 Pm			
LINK GRABACION: <a href="http://conferencia2.unad.edu.co/p2a8kfvnjq/">http://conferencia2.unad.edu.co/p2a8kfvnjq/</a>			

 /14

e) **FIRMA DEL ACTA**

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

 Universidad Nacional Abierta y a Distancia	<b>FORMATO DE REGISTRO DE REUNIONES Y COMITÉS INSTITUCIONALES</b>	<b>CÓDIGO:</b> F-2-2-16
	<b>PROCEDIMIENTO RELACIONADO: GESTIÓN DOCUMENTAL</b>	<b>VERSIÓN:</b> 0-12-08-2016
		<b>PÁGINAS:</b> Página 15 de 15

<b>PRESIDENTE</b>	<b>SECRETARIO</b>
<b>Nombre: JAIME ALBERTO LEAL A.</b>	<b>Nombre: DANIEL BEJARANO GARRIDO</b>
<b>Firma:</b> 	<b>Firma:</b> 

/15.

