



INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA
**COLEGIO MAYOR
DE ANTIOQUIA**

INFORME PARA LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

CONSOLIDADO POR:

Isabel Cristina Carmona Quintero.

Edwin David Moreno Quintero.

Carlos Eduardo Carvajal Tangarife.

Medellín.

Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia.

Mayo de 2017.

TABLA DE CONTENIDO

	CONTENIDO	PÁGINA
	Introducción	
1.	Resultados de las auditorías	4
1.1	Auditorías Internas	4
1.1.1	Sistema de Gestión de la Calidad	5
1.1.2	Sistema de Gestión Ambiental	6
1.1.3	Sistema de Gestión y Seguridad y Salud en el Trabajo	7
1.2	Auditorías Externas	8
1.2.1	Sistema de Gestión de la Calidad	8
1.2.2	Sistema de Gestión Ambiental	8
1.2.3	Sistema de Gestión y Seguridad y Salud en el Trabajo.	8
1.3	Oportunidades de mejora	8
2.	Retroalimentación del Cliente	9
2.1	Satisfacción a nivel institucional	9
2.2	Peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones	22
2.3	Comunicaciones de las partes interesadas externas incluidas las PQRSF	23
2.4	Oportunidades de mejora	23
3.	Desempeño de los procesos y la conformidad del producto y/o servicio / desempeño ambiental / desempeño de seguridad y salud en el trabajo	24
3.1	El desempeño de los procesos y la conformidad del producto y/o servicio	23
3.2	Desempeño ambiental	28
3.3	Desempeño de Seguridad y Salud en el trabajo.	31
3.4	Oportunidades de mejora	33
4.	Cumplimiento de los requisitos legales y otros requisitos	35
4.1	Sistema de Gestión de la Calidad	35
4.2	Sistema de Gestión Ambiental	35
4.3	Sistema de Gestión y Seguridad y Salud en el Trabajo	35
4.4	Oportunidades de Mejora.	36
5.	El estado de las acciones correctivas, acciones preventivas y notas de mejora	37
5.1	Oportunidades de Mejora.	38
6.	Las acciones de seguimiento de revisiones previas efectuadas por la dirección	39
6.1	Oportunidades de Mejora.	43
7.	Los cambios que podrían afectar al sistema de gestión integrado.	44
7.1	Cambios realizados en el 2016	44

7.2	Cambios que podrían afectar al SGI	44
7.3	Oportunidades de mejora	45
8.	Los resultados de la gestión realizada sobre los riesgos identificados por la entidad, los cuales deben estar actualizados	46
8.1	Oportunidades de Mejora	47
9.	Política integral	48
9.1	Oportunidades de Mejora	49
10.	Cumplimiento de Objetivos integrales	50
10.1	Objetivos integrales	50
10.2	Objetivos y metas ambientales	51
10.2.1	Programa Manejo Integral de Residuos Sólidos.	51
10.2.2	Manejo seguro de gas refrigerante.	52
10.2.3	Programa Uso Eficiente de Agua.	52
10.2.4	Programa Uso Eficiente de Energía.	52
10.2.5	Programa de Educación Ambiental.	53
10.3	Objetivos y metas de Seguridad y Salud en el trabajo.	54
10.3.1	Programa de pausas activas	54
10.3.2	Programa de riesgo químico	55
10.3.3	Programa de contra caídas	55
10.3.4	Programa de riesgo físico	55
10.3.5	Programa de riesgo biológico	56
10.3.6	Programa de riesgo psicosocial.	56
10.3.7	Programa de riesgo publico	57
10.3.8	Estado de la propiedad, máquinas y equipos relacionados con el SG-SST	57
10.3.9	Cumplimiento del plan de trabajo de SGSST.	59
10.4	Oportunidades de Mejora	60
11.	Desempeño de los proveedores externos.	61
11.1	Sistema de Gestión de la Calidad	61
11.2	Sistema de Gestión Ambiental	61
11.3	Sistema de Gestión y Seguridad y Salud en el Trabajo.	62
11.4	Oportunidades de mejora	63
12.	Adecuación de los recursos.	64
12.1	Sistema de Gestión de la Calidad	64
12.2	Sistema de Gestión Ambiental	64
12.3	Sistema de Gestión y Seguridad y Salud en el Trabajo.	65
12.4	Oportunidades de mejora	66
13.	Las recomendaciones para la mejora	67

INTRODUCCIÓN.

La Evaluación del Sistema de Gestión Integral hace parte del Mejoramiento continuo ya que permite asegurar su conveniencia, adecuación, eficacia, eficiencia y efectividad y la alineación continua con la Dirección estratégica de la organización.

Es fundamental que la Alta Dirección (el Rector, el Representante de la Dirección, el secretario general, el Vicerrector Académico, el Vicerrector Administrativo y Financiero, el Jefe de Planeación Institucional y el Director Operativo de Control Interno) realice revisiones periódicas para evaluar el logro de los objetivos y resultados y con ello anticipar situaciones que puedan generar una discontinuidad de la Institución o una inviabilidad de cualquier sistema de gestión.

La evaluación integral de la Gestión es en esencia una herramienta para el control de la gestión empresarial, que se basa en información y resultados de un sistema para revisar el cumplimiento de los objetivos estratégicos, asignar recursos y apoyos suficientes para tomar acciones en procura de la satisfacción de los clientes y demás partes interesadas. No se trata de una acción esporádica para la intención de suministrar información de entrada para una auditoria externa.

La Dirección debería emplear métodos eficaces para sacarles el máximo provecho a estos datos al fin de determinar si el sistema de gestión ejecuta estrategias para el logro de los resultados esperados y genera beneficios cuantificables.

En este informe se relacionan cada una de las entradas que son exigidas en los numerales 5.6 de la NTC GP 1000:2009 e ISO 9001:2008, en el numeral 4.6 de la ISO 14001:2004 y el requisito 2.2.4.6.31 del decreto 1072 de 2015 las cuales deben servir a la Alta Dirección para concluir, corregir y tomar acciones de mejora para el Sistema de Gestión, incluidas las necesidades de recursos.

También se incluyeron las nuevas entradas y salidas de la norma ISO 9001:2015 y la 14001:2015 ambas en su numeral 9.3, para ir migrando hacia la aplicación de estas, teniendo en cuenta que su plazo máximo de cumplimiento es en septiembre de 2018.

En cada punto se escribieron unas oportunidades de Mejora que desde las coordinaciones del Sistema de Gestión Integral consideramos se deben fortalecer dentro de la Institución.

CONTENIDO

1. RESULTADOS DE LAS AUDITORIAS:

1.1 AUDITORIAS INTERNAS

Incluyo el alcance del Sistema de Gestión de la Calidad (NTC GP 1000:2009), el Sistema de Gestión ambiental (ISO 14001:2004) y para el Laboratorio de Control Calidad (ISO 9001:2008). No se audito el SG SST como sistema, pero si como proceso.

Los procesos y subprocesos auditados fueron:

Procesos institucionales auditados: Docencia (Se audito en cada una de las Facultades), Investigación, Gestión de Extensión Académica y la proyección social, Internacionalización, Gestión de comunicación, Planeación Institucional, Gestión legal, Control interno, Gestión de la Mejora, Gestión ambiental, Seguridad y Salud en el trabajo y Aseguramiento de la Calidad Académica, Gestión de Infraestructura, Gestión de tecnología e informática, Gestión del Talento Humano, Bienestar Institucional, Gestión de Apoyos Educativos, Admisiones, registro y control, Gestión administrativa y financiera y Graduados.

Subprocesos auditados: Permanencia, Virtualidad, Laboratorios Facultad de Salud, Laboratorios Facultad de Administración, Laboratorio de Facultad de Arquitectura e Ingeniería, Gestión Documental y Gestión de Bienes y Servicios.

Procesos LACMA auditados: Prestación de servicios, Mantenimiento y calibración, Direccionamiento estratégico y negociación.

Resultados:

PROCESO	NO CONFORMIDADES					OBSERVACIONES				
	2012	2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2016
Docencia	1	11	5	1	2	2	7	5	1	1
Virtualidad	-	-	-	0	0	-	-	-	2	0
Permanencia	-	-	-	0	0	-	-	-	1	0
Laboratorios IUCMA	-	-	-	6	5	-	-	-	4	7
Investigación	0	1	1	4	1	3	2	2	0	2
Gestión de Extensión Académica y la proyección social	1	1	1	0	0	4	2	2	0	2

PROCESO	NO CONFORMIDADES					OBSERVACIONES				
	2012	2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2016
Internacionalización	-	-	1	3	3	-	-	0	1	1
Gestión de Apoyos Educativos	1	0	0	0	0	7	3	1	0	0
Admisiones, registro y control	1	5	0	0	0	5	4	2	2	1
Gestión Legal	0	3	1	0	0	2	3	0	2	1
Gestión Documental	1	1	1	4	3	0	3	0	0	3
Gestión de Infraestructura	0	1	1	1	0	2	5	1	2	1
Gestión de Tecnología e informática	0	5	0	5	0	1	5	1	1	1
Bienestar Institucional	1	0	2	0	1	2	3	2	1	3
Gestión del Talento Humano	4	9	5	1	0	3	2	0	4	1
Gestión de Bienes y Servicios	1	5	3	0	1	2	2	0	1	1
Gestión Financiera	0	3	0	0	0	1	4	3	2	0
Graduados	-	-	-	2	0	-	-	-	1	2
Gestión de Comunicación	0	4	1	1	0	3	3	0	2	2
Planeación Institucional	0	3	4	4	3	6	6	2	2	1
Control interno	0	4	0	0	0	1	2	0	1	0
Aseguramiento de la calidad académica	-	-	-	2	0	-	-	-	2	1
Gestión de la Mejora.	1	1	0	0	0	2	2	2	1	0
Gestión Ambiental	-	-	-	5	3	-	-	-	0	4
Seguridad y Salud en el Trabajo	-	-	-	8	4	-	-	-	2	1
LACMA	-	-	-	3	3	-	-	-	2	5
TOTAL	12	57	26	50	29	46	58	23	37	41

1.1.1 SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD:

- El ciclo de auditorías se realizó del 01 de septiembre al 11 de noviembre de 2016 (Los resultados fueron enviados al Rector el 18 de noviembre de 2016).
- Se contrató la empresa Gestión y conocimiento para que realizara dicho procedimiento.
- Se evidenciaron 22 no conformidades y 28 observaciones.

Para las no conformidades la repetitividad se centró en los numerales:

* 4.1 Requisitos generales (3 no conformidades) relacionados con los riesgos.

* 4.2.4 Control de los registros (3 no conformidades).

Para las observaciones la repetitividad se centró en los numerales:

- * 4.1 Requisitos generales (8 observaciones) relacionados con los riesgos.
- * 8.2.4 Seguimiento y medición de los procesos (5 observaciones) relacionada con la oportunidad en la medición de los indicadores.
- * 4.2.4 Control de los registros (3 observaciones).

1.1.2 SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL:

Se evidenciaron 7 no conformidades, 13 observaciones y 29 recomendaciones de mejora.



Hallazgo	Numeral Evaluado	Proceso	Descripción
1	4.3.2	G. Ambiental	Se encontraron inadecuaciones en la identificación de los requisitos legales y otros requisitos ambientales aplicables.
2	4.4.5	G. Ambiental	Se encontraron varias versiones de un mismo documento.
3	4.4.6	G. Ambiental	Inadecuaciones de algunos controles operacionales ambientales. a. Control operacional contratistas
4	4.3.1	Investigaciones	Se encontraron inadecuaciones en la identificación de los aspectos ambientales en el proceso de Investigación.
5	4.5.1	Lab. Facultad de Arquitectura e Ingeniería	Se encontraron inadecuaciones en los controles operacionales ambientales sobre sustancias químicas.
6	4.4.6	Lab. Ciencias de la Salud	Se incumplen disposiciones de control operacional ambiental.

Hallazgo	Numeral Evaluado	Proceso	Descripción
7	4.6	Planeación	Se encontraron inadecuaciones en la realización de la revisión por la dirección.

1.1.3 SISTEMA DE GESTIÓN Y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO:

Dentro del ciclo de auditorías internas realizadas se audito el proceso de Seguridad y Salud en el trabajo obteniendo los siguientes resultados:

Hallazgo	Requisito	Descripción
1	ITEM 4.2.3 Control de documentos (NTCGP1000; ISO9001)	Se encontraron inconsistencias en la actualización de la documentación del proceso de seguridad y salud en el trabajo.
2	ITEM 4.1 f) implementar las acciones necesarias para alcanzar los resultados planificados y la Mejora continua de estos procesos. (NTCGP1000; ISO9001)	Se evidenciaron incumplimientos de disposiciones establecidas en la documentación del proceso de seguridad y salud en el trabajo.
3	ITEM 8.2.3 Seguimiento y medición de los procesos (NTCGP1000 e ISO9001)	Se encontraron inconsistencias e incumplimientos en el seguimiento a los indicadores del proceso de seguridad y salud en el trabajo.
4	ITEM 8.2.2 Auditoría interna (NTCGP1000)	No se asegura la adecuada definición y la eficaz implementación de las acciones derivadas de las auditorías internas.
5	Ítem 4.4.6 Control operacional y 4.4.7 Preparación y respuesta ante emergencias (ISO14001)	Hay asuntos del proceso de Seguridad y Salud en el Trabajo cuya implementación tardía o inadecuada podría poner en riesgo al sistema de gestión ambiental actualmente certificado por el ICONTEC. En específico, lo relativo al programa de manejo de sustancias químicas y al plan de preparación y respuesta ante emergencias. Estos temas requieren prioridad dentro del plan de trabajo del proceso de seguridad y salud en el trabajo.

Se han realizado varios diagnósticos con la ARL para revisar el avance en la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad. Al igual que una Auditoria por parte de Control interno.

1.2 AUDITORÍAS EXTERNAS:

1.2.1 SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Se recibió la visita de Icontec los días 30 de noviembre Y 01 y 02 de diciembre de 2016 para Renovación del Sistema de Gestión de la calidad de la Institución bajo la norma NTC GP 1000:2009, de la cual quedo un hallazgo relacionado con la habilitación del consultorio médico y psicológico.

Igualmente se recibió visita de Renovación del Sistema de Gestión de la calidad del laboratorio LACMA bajo la norma ISO 9001:2008, no se evidencio ningún hallazgo.

1.2.2 SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL

Durante los meses de noviembre y diciembre de 2016 se llevó a cabo por parte del ICONTEC, la auditoria de seguimiento del SGA bajo la NTC ISO 14001 versión 2004, presentando una No conformidad menor (numeral 4.4.6 Control operacional) y 15 recomendaciones de mejora. Para lo cual se realizó en conjunto con el líder de cada proceso involucrado, el plan de trabajo a cada una de las acciones y se cargó a ISOLUCION para su gestión durante el año 2016 - 2017.

Durante el proceso de auditoria la auditora resalta el tratamiento de los hallazgos encontrados en la auditoria de certificación y la mejora evidencia durante el año 2016 al sistema que se ve reflejada en los resultados positivos de la auditoria.

1.2.3 SISTEMA DE GESTIÓN Y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO:

No se han realizado.

1.3 OPORTUNIDADES DE MEJORA:

- Incluir en las Auditorías internas de la vigencia 2017 el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo.

2. LA RETROALIMENTACIÓN DEL CLIENTE

2.1 SATISFACCIÓN A NIVEL INSTITUCIONAL:

En la actualidad los procesos y subprocesos que miden la satisfacción o la pertinencia del servicio son los siguientes:

Proceso	Herramienta	Qué mide	Parte interesada					
			Estudiante	Graduados	Docentes	Personal administrativo	Público en general	Clientes / Entidades contratantes
Gestión de Comunicación	Consolas / Encuesta (Planeea)	Evaluación del servicio Institucional / Evaluación del servicio	X				X	
Internacionalización	Encuesta	Evaluación del servicio	X		X	X		
Gestión de Extensión académica y proyección social	Encuesta	Evaluación del servicio	X	X				X
Admisiones, registro y control	Encuesta	Evaluación del servicio	X	X				
Bienestar Institucional	Encuesta	Pertinencia del servicio	X	X	X	X		
Gestión de infraestructura	Encuesta / Encuesta (Plannea)	Evaluación del servicio				X		
Gestión de la tecnología y la informática	Encuesta (Plannea)	Evaluación del servicio			X	X		
Virtualidad	Encuesta (Moodle)	Evaluación del servicio			X			
Permanencia	Encuesta	Desempeño del personal / Evaluación del servicio	X					
Centro de lenguas	Encuesta	Evaluación del servicio	X	X				
Lacma	Encuesta	Evaluación del servicio						

- GESTIÓN DE COMUNICACIÓN:**

Las calificaciones del servicio, a través de consolas presentan una satisfacción más del 90%, cuando la meta planteada es de una satisfacción de 86,29%, lo que lleva a que sobrepasemos la meta. El 8.2% restante se divide entre calificaciones regulares (6,5%), deficientes (0.8%) y malas (0.9%).

Fuente de la información: Líder del proceso de Gestión de Comunicación.

• **INTERNACIONALIZACIÓN:**

En este proceso se miden las variables: Atención prestada, Pertinencia, Respuesta Adecuada y Tiempo. A continuación se muestran los resultados.

TIPO DE EVALUADOR 2016		
TIPO	CANTIDAD RESPUESTAS	%
DOCENTE	3	10,3%
ESTUDIANTE	26	89,7%
ADMINISTRATIVO	0	0,0%
EXTERNO	0	0,0%
GRADUADO	0	0,0%
EXTRANJERO	0	0,0%
TOTAL	29	100,0%



TIEMPO DE RESPUESTA 2016		
NIVEL	CANTIDAD RESPUESTAS	%
EXCELENTE	25	86,2%
BUENO	4	13,8%
REGULAR	0	0,0%
DEFICIENTE	0	0,0%
TOTAL	29	100,0%



NIVEL DE PERTINENCIA DE LA INFORMACIÓN 2016		
NIVEL	CANTIDAD RESPUESTAS	%
EXCELENTE	23	79,3%
BUENO	6	20,7%
REGULAR	0	0,0%
DEFICIENTE	0	0,0%
TOTAL	29	100,0%



NIVEL DE RESOLUCIÓN EN LA CONSULTA 2016		
NIVEL	CANTIDAD RESPUESTAS	%
EXCELENTE	26	89,7%
BUENO	3	10,3%
REGULAR	0	0,0%
DEFICIENTE	0	0,0%
TOTAL	29	100,0%



NIVEL DE LA ATENCIÓN PRESTADA 2016		
NIVEL	CANTIDAD RESPUESTAS	%
EXCELENTE	24	82,8%
BUENO	5	17,2%
REGULAR	0	0,0%
DEFICIENTE	0	0,0%
TOTAL	29	100,0%



Se observa un nivel de satisfacción entre excelente y bueno, sin tener respuestas con menor valoración.

Aspectos cualitativos: Un docente manifiesta: “Siempre encuentro las respuestas y el apoyo en los procesos”. Dos estudiantes manifiestan: “Buen servicio y atención”; “Continuar con los esfuerzos para que el sueño de la internacionalización sea y la globalidad sea más accesible.. Gracias”

Fuente de la información: Líder del proceso de Internacionalización.

• **GESTIÓN DE EXTENSIÓN ACADÉMICA Y PROYECCIÓN SOCIAL:**

En este proceso se mide: la satisfacción del cliente de Educación continua y la satisfacción del cliente servicios de Extensión académica y proyección social.

La satisfacción del cliente de Educación continua: Teniendo en cuenta que durante el año 2016 se realizaron 144 evaluaciones de Satisfacción, de las cuales 137 se encuentran entre "bueno" y "Excelente" tendríamos que el resultado es de un cumplimiento del 95,14%, cumpliendo de esta manera con la meta establecida.

Entre las variables que se evalúan, se identifica que las variables relacionadas con la habilidad del docente para el desarrollo de las actividades, son las mejor evaluadas. Adicionalmente, entre las variables que se evalúan, las que muestran porcentajes más bajos son las relacionadas con los espacios utilizados y las herramientas (video beam y equipos) utilizadas para el desarrollo de las mismas.

Numero de Encuestas aplicadas		144			
Medición del Grado de Satisfacción:					
Muy Deficiente = 20%	1	0,69%			
Deficiente = 40%	2	1,39%			
Aceptable = 60%	4	2,78%			
Bueno = 80%	32	22,22%	137	95,14%	
Excelente = 100%	105	72,92%			
Total Encuestas		144			

La satisfacción del cliente servicios de Extensión académica y proyección social: Observando la medición realizada para el año 2016, encontramos que la totalidad de las encuestas se encontraban por encima del 70% logrando así un cumplimiento del 100%. La variable mejor calificada fue la #5 "Los Canales de Comunicación

establecidos .." que obtuvo una calificación de 5 (siendo 5 la calificación más alta), y la variable que obtuvo la calificación más baja fue la #4 que indaga sobre la oportunidad en la presentación de los informes solicitados por los entes contratantes, y cuya calificación fue de "3,83" en promedio.

EVAL. CONSOLIDADA CONVENIOS 2016							
EVALUACION DE SERVICIOS DE EXTENSION ACADÉMICA Y PROYECCIÓN SOCIAL							PROMEDIO
EP-FR-027- consolidado							
Encuesta #	1	2	3	4	5	6	
Preguntas							
Calidad							
1. La prestación del Servicio mencionado cumplió con las expectativas	5	4	4	4	4	5	4,33
2. La calidad de los productos entregados se ajustaron a la necesidad.	5	4	4	4	5	5	4,50
Oportunidad							
3. La entrega de los productos contratados se dio a tiempo.	5	3	3	4	4	5	4,00
4. Los informes solicitados sobre el servicio fueron atendidos a tiempo	5	3	3	4	4	4	3,83
Comunicación							
5. Los canales de comunicación establecidos fueron efectivos.	5	5	5	5	5	5	5,00
Logro de Objetivos							
6. Se cumplió con los objetivos previstos y acordados.	5	4	4	4	5	5	4,50
Sub Totales	30	23	23	25	27	29	26,166666 7
	100,00 %	76,67 %	76,67 %	83,33 %	90,00 %	96,67 %	87,22%

Total de Encuestas Aplicadas	6		
Numero de Encuestas con calificación mayor o igual a 70	6		100,00%
Número de Encuestas con calificación entre 60 y 69	0		0,00%
Numero de Encuestas con calificación inferior a 59	0		0
Grado de satisfacción general	100%		100,00%

Fuente de la información: Líder del proceso de Extensión académica y proyección social.

- ADMISIONES, REGISTRO Y CONTROL**

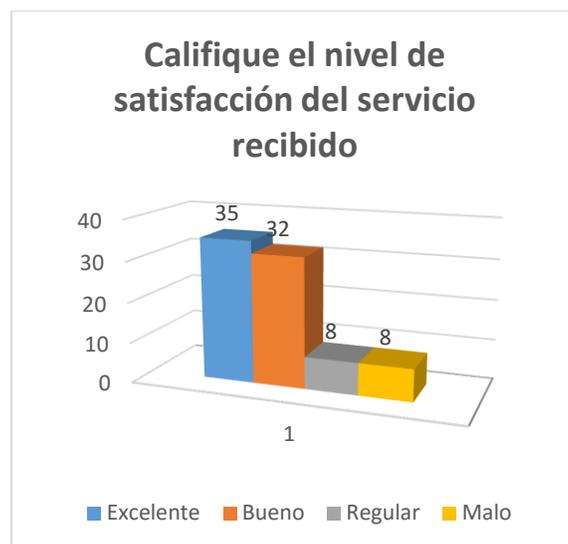
En este proceso se mide la satisfacción de los usuarios con cada uno de los servicios.

Periodo 2016-1:

Califique el nivel de satisfacción del servicio recibido

Rótulos de fila	Excelente	Bueno	Regular	Malo	Total general
Certificados	4	5	3	2	14
Creación usuario académico interactivo					0
Inscripciones	17	17	1	3	38
Matrícula	10	9	3	2	24
Suministro de información	4	1	1	1	7
Verificación de títulos					0
Total general	35	32	8	8	83

67 0,81 16 0,192771084

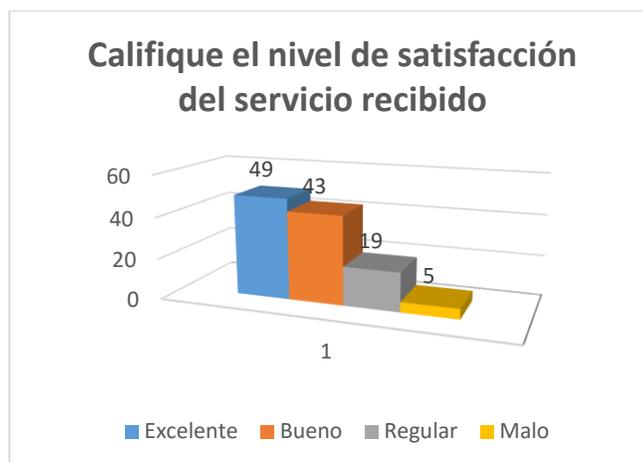


Para el 2016-1 Se evidencia que el total de encuestas tramitadas es de 83, de las cuales 16 fueron calificadas entre regular y malas, revisando los comentarios del porqué de estas calificaciones, nos encontramos las siguientes situaciones: 6 no hacen ningún comentario el por qué los llevo a calificar mal el servicio, las demás sugieren lo siguiente: Certificados gratuitos o un costo menor, este comentario corresponde a unos derechos pecuniarios establecidos por ley. Más personal de atención, más amabilidad, Con respecto a este último comentario se socializa con el grupo de trabajo referente a la amabilidad con la que debemos atender a los diferentes usuarios y queda como plan de mejora para el área.

Periodo 2016-2

7.- Califique el nivel de satisfacción del servicio recibido

Rótulos de fila	Excelente	Bueno	Regular	Malo	Total general
Certificados	1	4	5		10
Creación usuario académico interactivo	1				1
Inscripciones	24	28	3	2	57
Matrícula	12	11	9	1	33
Suministro de información	10		1	1	12
Verificación de títulos	1		1	1	3
Total general	49	43	19	5	116
	92		24		
	79%		21%		



En el 2016-2, se diligenciaron en total 116 encuestas, de las cuales 24 obtuvieron una calificación entre regular y mala, nuevamente se analizan las observaciones de cada una de estas, encontrando los siguientes resultados: del 13% que califica el servicio entre regular y malo no deja evidencia del porqué, es decir no hacen ningún tipo de comentario, el 8% tiene las siguientes dificultades: Dificultades con la comunicación Telefónica, con respecto a este comentario, se informa que en los momentos donde se concentran varios procesos en el área, se solicita a comunicaciones el apoyo con la persona de Atención al ciudadano, de esta manera trasladamos nuestras extensiones para que sea esta área la que nos apoye, Dificultad en la entrega de los certificados, se aclara que la necesidad obedece a situaciones individuales, este proceso se encuentra documentado en I-solucion, en los momentos de mayor flujo de personas nos tomamos los días del procedimiento de lo contrario los entregamos antes del tiempo estipulado.

El área continúa en aras de mejora en la atención y servicio a la comunidad en general.

Fuente de la información: Líder del proceso de Admisiones, Registro y Control.

- **BIENESTAR INSTITUCIONAL**

En este proceso se mide la pertinencia de los usuarios con los servicios de Bienestar Institucional.

Para el año 2016, promediando ambos semestres nos arroja un 90.85% con el grado de satisfacción de los usuarios evaluado entre bueno y excelente. El aspecto que debe mejorarse o a quien debemos volcar la atención es al tema de espacios físicos, que una vez trasladados al nuevo edificio de borde, tendremos resuelta esta falencia.

Fuente de la información: Líder del proceso de Bienestar Institucional.

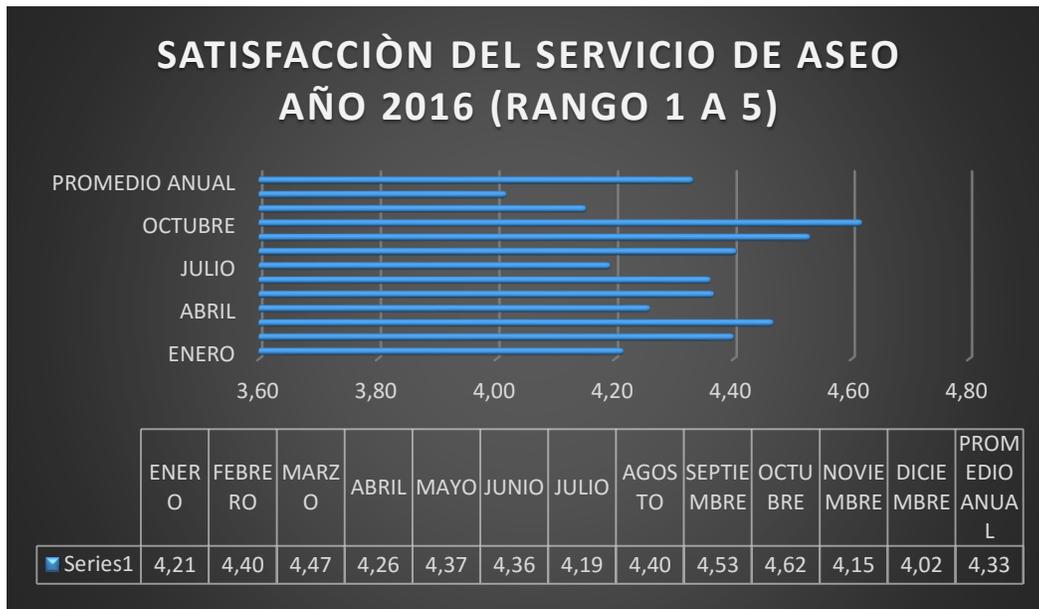
• **GESTIÓN DE INFRAESTRUCTURA**

En este proceso se mide la satisfacción de los usuarios con el servicio de aseo y la satisfacción con los servicios de infraestructura.

La satisfacción de los usuarios con el servicio de aseo: El análisis muestra calificación de 12 meses del periodo 2016 el rango de calificación oscila entre la mínima de 1 y la máxima 5 sin embargo el promedio general es de 4,33.

Se presentan las menores calificaciones en los momentos en los que hay personal incapacitado y se suplen con relevos los cuales no tienen conocimiento preciso del servicio.

Cuando se generan calificaciones iguales o menos a 3, se realiza retroalimentación, reinducción con el personal y se toman los correctivos al interior del proceso.



La satisfacción con los servicios de infraestructura:

En el porcentaje de satisfacción de los servicios de infraestructura se encuentra un grado de satisfacción por parte de los usuarios del 94,07% y un grado de insatisfacción del 5,93%.



Estos porcentajes resultan de analizar los cuatro trimestres del año y promediarlos.

El promedio de satisfacción de los usuarios, se califica por parte de estos una vez finalizado el servicio con un rango de calificación de 1 cuando se está muy insatisfecho y máximo 4 cuando se está muy satisfecho. El promedio de calificación del período 2016 fue de 3,45.

Los casos de insatisfacción prevalecen según las observaciones dejadas al momento de calificar por algunos usuarios en:

1- No se atienden las solicitudes en los tiempos requeridos por el usuario y en otras ocasiones se interrumpen y se terminan posteriormente, obedeciendo a diversos factores:

- a) No disponibilidad del espacio a intervenir.
- b) No disponibilidad del solicitante del servicio.
- c) Gestión de materiales o insumos en caso de no poseerse para proceder con la atención.
- d) La solicitud exceden la capacidad de una respuesta inmediata.
- e) Las emergencias circunstanciales obligan a interrumpir y dar prioridad a asuntos que deben ser atendido urgentemente como daños eléctricos etc.

Fuente de la información: Líder del proceso de Gestión de Infraestructura.

- **GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA Y LA INFORMÁTICA:**

En este proceso se mide la satisfacción de los usuarios con el servicio.

El indicador de Satisfacción de usuario para el año 2016 nos arroja un balance positivo dado que para los dos períodos se tienen mediciones por encima de la meta en un 91.52 % y 91.7 % de aceptación.

Las encuestas a los usuarios en gran mayoría se encuentran entre excelente y bueno, lo que nos indica un buen desempeño en factores como servicio, atención, conocimiento y valores éticos desde el personal de TI.

Algunas encuestas nos indican por mejorar ciertos aspectos de carácter funcional y logístico.

Fuente de la información: Líder del proceso de Gestión de tecnología e informática.

- **PERMANENCIA:**

En este proceso se mide la satisfacción de los usuarios con el desempeño de los tutores.

El nivel de satisfacción de los usuarios que visitan a permanencia es óptimo ya que la valoración oscila en el 2016-1 y 2016-2 de los que fueron encuestados en un 85% y 90% entre bueno excelente y en ningún caso se presenta una calificación de mala o deficiente.

Fuente de la información: Líder del subproceso de Permanencia.

- **LABORATORIOS DE LA FACULTAD DE ARQUITECTURA E INGENIERÍA:**

En este proceso se mide la satisfacción de los docentes con el servicio prestado en los laboratorios de ambiental y el laboratorio de suelos.

Laboratorio Ambiental: La satisfacción de los docentes con respecto al laboratorio ha permanecido alta durante el año 2016 con una calificación de 4,7, se mantuvieron inconformidades con respecto al mantenimiento de algunos equipos, especialmente de las neveras las cuales no han podido ser reparadas por razones de gestión en la Facultad. Se resalta el buen ambiente de trabajo.

Laboratorio Suelos: Si bien la calificación del laboratorio ha mejorado (3,5 a 4,1) continúa la inconformidad por la falta de calibración de equipos y la inoportuna programación en las compras de suministros por parte de la Facultad y la falta de

programación por parte de algunos docentes. Se resalta que ha mejorado el proceso de compras.

Fuente de la información: Líder del subproceso Laboratorios de la facultad de Arquitectura e ingeniería.

- **LABORATORIOS DE LA FACULTAD DE CIECIAS DE LA SALUD:**

En este proceso se mide la satisfacción de los docentes con el servicio prestado en los laboratorios.

Del 100 % de las encuestas realizadas para percibir la satisfacción de los usuarios frente al servicio recibido, su calificación estuvo entre excelente y buena, resaltando aspectos como la atención recibida por parte del personal de laboratorio, la oportunidad en la entrega de materiales e insumos solicitados para el desarrollo de las actividades y la calidad del servicio ofrecido. Igualmente se percibe la calidad humana del personal.

Fuente de la información: Líder del subproceso Laboratorios de la facultad de Ciencias de la Salud.

- **CENTRO DE LENGUAS**

En este proceso se mide la satisfacción de los estudiantes con el servicio prestado en el centro de lenguas.

Es a través de los cursos de inglés que los estudiantes no solo desarrollan y fortalecen su competencia comunicativa sino que mediados por la labor docente desarrollan trabajo colaborativo. Como ejemplo puede citarse el proyecto de aula que los estudiantes realizan desde el inicio de cada término y que presentan a sus compañeros al final del mismo. Este ejercicio ha contribuido a fortalecer la autoestima, el respeto por el otro y la discusión académica entre otros. En el aspecto académico los estudiantes en su mayoría consideran que el proceso es excelente.

El personal docente seleccionado posee amplia experiencia en el campo de la enseñanza del inglés, tiene certificación internacional B1 y algunos B2. Sin embargo para los estudiantes, lo más importante es contar con un docente que les hable en inglés, que comprenda sus debilidades frente al idioma, que les brinde seguridad frente a las dificultades que presentan y que los motive a seguir adelante en el proceso de aprendizaje. La calificación en su mayoría es excelente.

Los procesos realizados por el Centro de Lenguas tanto a nivel institucional como de ciudad, han aportado a la formación en lenguas extranjeras, de estudiantes y ciudadanos que reconocen en su mayoría como excelente la labor desempeñada y la calidad de los procesos administrativos.

Fuente de la información: Líder del subproceso de Centro de lenguas.

- **VIRTUALIDAD**

Con miras a mejorar el servicio ofrecido al público docente y los procesos que se relacionan a los mencionados, el subproceso de virtualidad -adscrito a la Vicerrectoría Académica- creo un cuestionario que permitiera evidenciar el nivel de satisfacción de los docentes con el personal al frente de área, en lo relacionado a: la atención, información recibida, celeridad y certeza a la solución de problemas y peticiones; de igual manera, en el instrumento creado, se permitió manifestar de manera expresa las dificultades presentadas en la virtualización de los cursos y observaciones que tuvieran.

A continuación, expresamos los puntos fuertes y débiles evidenciados en la encuesta realizada para el periodo 2016 – 1 y 2016 – 2

Resultados generales en 2016 - 1

- Con respecto al nivel de satisfacción con la atención recibida por parte del equipo de virtualidad, el 86% de los docentes manifiestan estar muy satisfecho y el 14% está satisfecho.
- En lo relacionado al nivel de satisfacción por la información recibida por parte del equipo de virtualidad, el 89% de los docentes expresan estar muy satisfecho y el 14% está satisfecho.
- En lo correspondiente al nivel de satisfacción con la respuesta oportuna, a las necesidades o problemas que se les presentaron, por parte del equipo de virtualidad, el 81% de los docentes afirma estar muy satisfecho, el 18% satisfecho, mientras que el 1% levemente insatisfecho.

Resultados generales en 2016 - 2

- Con respecto al nivel de satisfacción con la atención recibida por parte del equipo de virtualidad, el 80% de los docentes manifiestan estar muy satisfecho, el 7.5% satisfecho, mientras que el restante 12.5% muy insatisfecho.
- En lo relacionado al nivel de satisfacción por la información recibida por parte del equipo de virtualidad, el 75% de los docentes expresan estar muy satisfecho, el 12,5% satisfecho, mientras que el 12.5% insatisfecho.
- En lo correspondiente al nivel de satisfacción con la respuesta oportuna, a las necesidades o problemas que se les presentaron, por parte del equipo de virtualidad, el 75% de los docentes afirma estar muy satisfecho, el 12,5% satisfecho, mientras que el 12.5% muy insatisfecho.

Aspectos generales por mejorar (débiles) identificados en 2016

Si bien, las dificultades manifiestas por los docentes no son generadas por un carente servicio de parte del equipo de virtualidad, es imprescindible no soslayarlas y crear planes de acción o estrategias, que nos permitan solventar dichos inconvenientes o eventualidades.

Generar una cultura de respeto a los Derechos de Autor, ha sido una dificultad que se hace evidente con lo manifestado por los encuestados y para lo cual se debe seguir insistiendo en dicha labor.

Según la información recabada se observa que aún hay confusión entre el Académico Interactivo y el Campus Virtual.

En lo relacionado a las observaciones enunciadas por los encuestados, -que en su mayoría son positivas- el equipo de virtualidad atenderá las sugerencias que les presentaron, con el fin de mejorar la calidad en el servicio y que el usuario (docente) pueda encontrar en el proceso de virtualización de sus cursos, un camino a la modernización en las metodologías de enseñanza.

Aspectos generales positivos del subproceso

1. Actualización de formatos para derechos de autor
2. Asesorías permanentes en temas de derechos de autor y revisión periódica de cada curso para identificar posibles infracciones
3. Actualización de servidores
4. Fortalecimiento del equipo de virtualidad con el acompañamiento de un nuevo profesional que brinde asesoría y soporte a estudiantes y docentes.

- **LACMA**

En este proceso se mide la satisfacción de los clientes con el servicio prestado por el laboratorio.

Para las evaluaciones de satisfacción realizadas durante el año 2016 (2016-01 y 2016-02) se obtuvo en ambas 100% de cumplimiento al indicador. Para la evaluación de la Satisfacción del cliente, se consideran como encuestas satisfechas aquellas con un valor \geq al 80% de aceptación.

Fuente de la información: Líder del Lacma.

2.2 PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES:

En total se registraron 141 entradas, de ellas 20 fueron Derechos de Petición dirigidos al proceso de Extensión Académica y Proyección Social, todos solicitando información acerca de contratos. Seguido de la Vicerrectoría Académica y las Facultades de Arquitectura e Ingeniería, con un mismo motivo y fue el de los créditos extra en las liquidaciones de matrícula de Planeación y Desarrollo Social e Ingeniería Ambiental, dado por los cambios de pensum de ambos, el Vicerrector, Decanos y Admisiones citaron a todos los chicos y se llegó a un acuerdo con ellos para solucionar el problema y con cada uno se realizó el proceso en Admisiones, Registro y Control, se reliquidaron matrículas y se llegó a acuerdos con los estudiantes afectados.

De ahí continúa infraestructura con 12 entradas cuyos motivos son: mal aseo de baños, habilitar el baño del gimnasio y revisar el sistema de vaciado del agua (desperdicio), solicitud de ventiladores en aula 187, polarizar los vidrios contiguos al cajero, molestia por halagos que le hace el personal de SEISO, hurtos, acceso restringido a bloque y cafetería para personas en situación de discapacidad por estacionamiento de autos en rampa, precaución al podar los prados, ruido del personal de SEISO en las noches, huecos afuera de la institución.

El proceso que continúa es Admisiones con entradas ocasionadas por: no atención telefónica en tiempos de matrícula, pago de pin para inscripción y al presentarse no registraba en el sistema, Felicitación al funcionario David por diligencia y cordialidad, error por parte de la Institución perjudica al estudiante. Cancelación o matrícula de otros cursos. (Ajustes por fuera de los tiempos establecidos en Calendario académico).

El proceso que continúa con 8 entradas es Talento Humano y los motivos que lo ocasionan son: certificados laborales, no entrega a tiempo y con errores, solicitud de notas de docentes, listado de ingenieros contratados en Colmayor, solicitud de información laboral y reporte de docentes catedra, planta y ocasionales y solicitud de Información de directivos.

El 98% de los ingresos son del Sistema de Gestión de la Calidad, solo 2 entradas son para el Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo. LACMA: Durante el año 2016 no se presentaron PQRSF para el proceso

Fuente de la información: Líder del proceso de Gestión de comunicación.

2.3 COMUNICACIONES DE LAS PARTES INTERESADAS EXTERNAS INCLUIDAS LAS PQRSF

- **Sistema de gestión ambiental:**

Durante el año 2016 no se recibieron quejas y reclamos hacia el SGA o en temas ambientales.

Se mantuvieron Comunicados oficiales con:

- Contraloría Municipal

- Secretaria de Medio Ambiente
- Sapiencia
- Área Metropolitana del valle de Aburra

Los reportes realizados a los entes de control durante el 2016 fueron:

- Rendición de cuenta Ambiental – Contraloría Municipal de Medellín.
 - Reporte Residuos Peligrosos – IDEAM – RESPEL
 - Reporte Residuos Hospitalarios – AMVA – RH1 (hasta donde el aplicativo lo permitió)
 - Inventario Luminarias – Ministerio de Minas y Energía
- **Sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo:**
 - Se mantuvo comunicación permanente con ARL colmena
 - IPS Laborum
 - Emermédica área protegida

2.4 OPORTUNIDADES DE MEJORA:

- Sensibilizar a la comunidad Institucional en el manejo de las PQRSF.
- Revisar los instrumentos de medición de la satisfacción del cliente, definiendo prioridades para evaluar.
- Realizar encuesta que permita conocer la percepción de la comunidad Institucional hacia el SGA.

3. DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS Y LA CONFORMIDAD DEL PRODUCTO Y/O SERVICIO / DESEMPEÑO AMBIENTAL / DESEMPEÑO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

3.1 El desempeño de los procesos y la conformidad del producto y/o servicio: (Fuente de la información: Planeación institucional)

Número y porcentaje de actualización de los Indicadores de Gestión.

PORCENTAJE DE ACTUALIZACIÓN DE LOS INDICADORES DE GESTIÓN		
INDICADORES CON MEDICIÓN ACTUALIZADA	122	83%
INDICADORES CON MEDICIÓN SIN ACTUALIZAR	6	4%
INDICADORES CREADOS RECIENTEMENTE	19	13%
TOTAL	147	100%

En la vigencia de 2016 se crearon 19 indicadores en los siguientes procesos y no presentan medición a la fecha de corte, porque fueron creados recientemente:

- Graduados (9).
- Control Interno (2).
- Salud y Seguridad en el Trabajo (3).
- Docencia (4).
- Permanencia (1).

Los procesos con indicadores que no actualizaron la medición (8) son los siguientes:

Bienes y Servicios: BS-FI-02 Desempeño de los proveedores, BS-FI-07 Porcentaje de bienes con incidencias.

Gestión del Talento Humano: TH-FI-12 Efectividad de las capacitaciones realizadas, TH-FI-17 Porcentaje de personal que cumple satisfactoriamente las competencias, TH-FI-11 Porcentaje cumplimiento del plan de capacitación, TH-FI-13 Cumplimiento en la evaluación de desempeño, TH-FI-15 Cobertura de las capacitaciones, th-fi-16 ejecución presupuestal.

Número y porcentaje de cumplimiento de los Indicadores de Gestión (con medición y sin medición).

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LOS INDICADORES DE GESTIÓN (CON MEDICIÓN Y SIN MEDICIÓN)		
INDICADORES QUE LOGRARON LA META	82	56%
INDICADORES QUE NO LOGRARON LA META (ROJOS Y AMARILLOS)	46	31%
Rojos	13	9%
Amarillos	33	22%
INDICADORES NUEVOS (SIN MEDICIÓN)	19	13%
TOTAL, INDICADORES CON MEDICIÓN Y SIN MEDICIÓN	147	100%

Porcentaje de cumplimiento con los indicadores que se efectuó medición.

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LOS INDICADORES DE GESTIÓN (CON MEDICIÓN Y SIN MEDICIÓN)	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO INDICADORES CON MEDICIÓN	
INDICADORES QUE LOGRARON LA META	82	64%
INDICADORES QUE NO LOGRARON LA META (ROJOS Y AMARILLOS)	46	36%
Rojos	13	10%
Amarillos	33	26%
INDICADORES NUEVOS (SIN MEDICIÓN)	19	15%
TOTAL INDICADORES CON MEDICIÓN Y SIN MEDICIÓN	TOTAL INDICADORES CON MEDICIÓN = 147	128

INDICADORES CON INCUMPLIMIENTO EN DOS MEDICIONES CONSECUTIVAS		
INDICADORES EN ROJO CON INCUMPLIMIENTO EN DOS MEDICIONES CONSECUTIVAS	5	3%
INDICADORES EN AMARILLO CON INCUMPLIMIENTO EN DOS MEDICIONES CONSECUTIVAS	17	12%

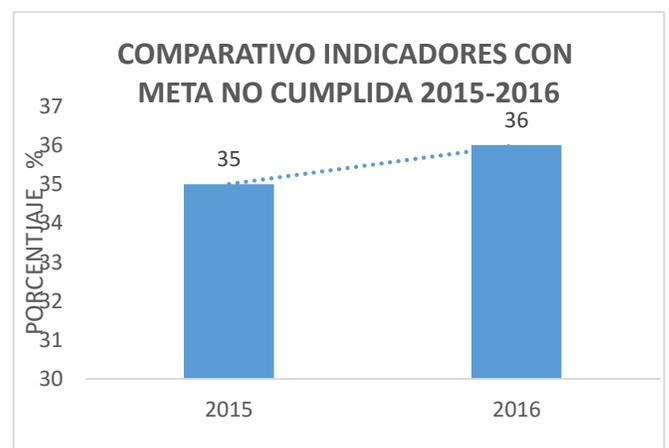
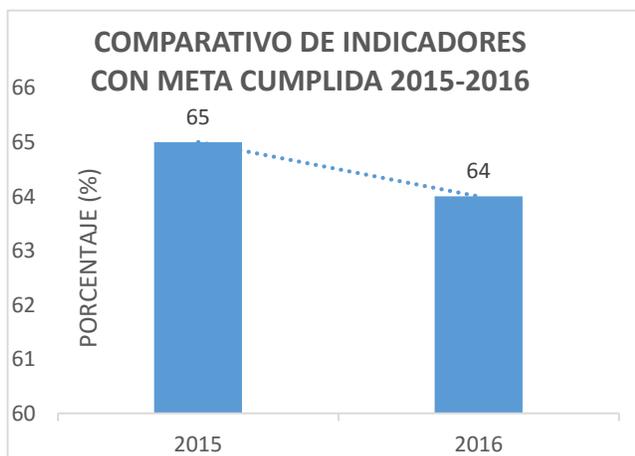
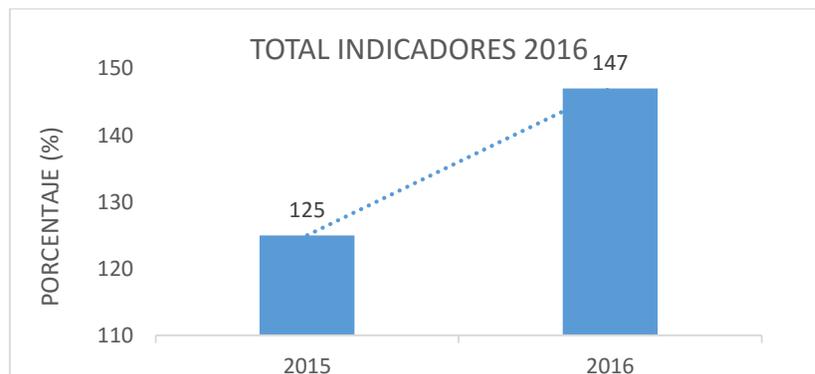
Indicadores con incumplimiento en dos mediciones consecutivas en rojo:

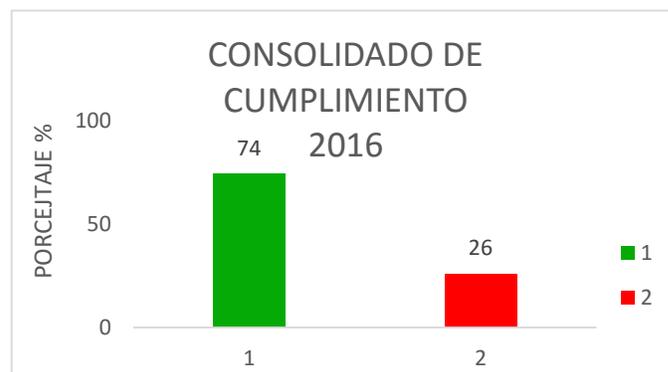
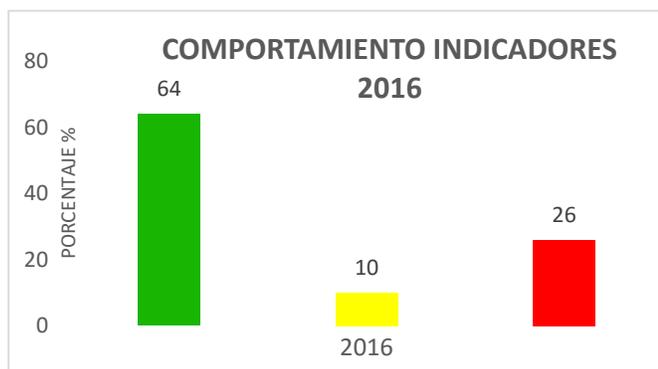
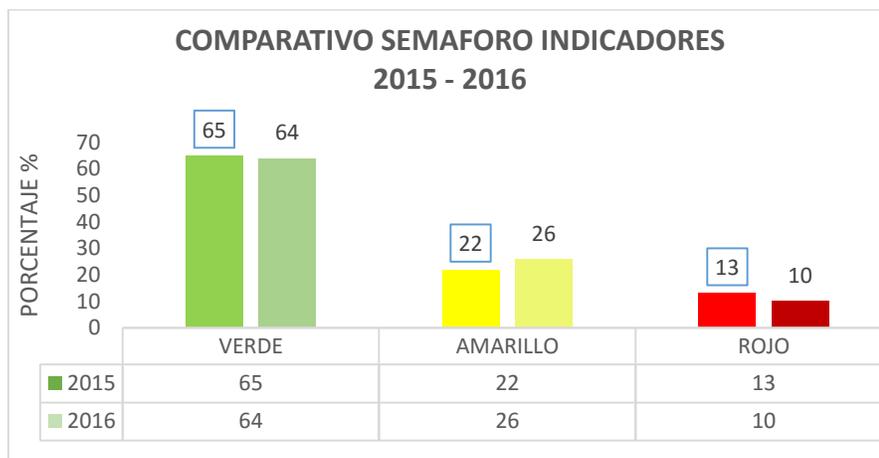
- Talento Humano (1)
- Aseguramiento de la Calidad Académica (1)
- Laboratorio de Ingeniería y Arquitectura (1)
- Laboratorio de Ciencias de la Salud (2)

Indicadores con incumplimiento en dos mediciones consecutivas en amarillo:

- Planeación (8)
- Bienes y Servicios (1)
- Talento Humano (1)
- Docencia (1)
- Laboratorio de Ingeniería y Arquitectura (4)
- Virtualidad (1)
- Internacionalización (1)

Es importante que los procesos revisen y analicen la medición de los anteriores indicadores, en el cual se vea reflejado la realidad de los procesos.





En el 2015 contábamos con 125 indicadores y pasamos en el 2016 a 147, con un aumento del 17.6%, lo que nos refleja que los diferentes procesos y subprocesos están interesados en medir el desempeño de sus actividades a través de los indicadores.

En el 2015 el cumplimiento de la meta de los indicadores fue del 65%, mientras que en el 2016 fue del 64%, aunque disminuyó en un 1%, la institución hace grandes esfuerzos para mejorar el desempeño de sus procesos.

Los indicadores con meta no cumplida pasaron de un 35% en el 2015 al 36% en el 2016, lo que significa que la Institución debe seguir trabajando para aumentar el número de indicadores que cumplan con la meta. Por lo tanto, es muy importante que los procesos implanten acciones correctivas y preventivas necesarias para trabajar en el logro de las metas institucionales.

Teniendo en cuenta el comparativo de semáforo de indicadores en el 2015 y 2016, se invita a todos los procesos a revisar las metas de algunos indicadores que

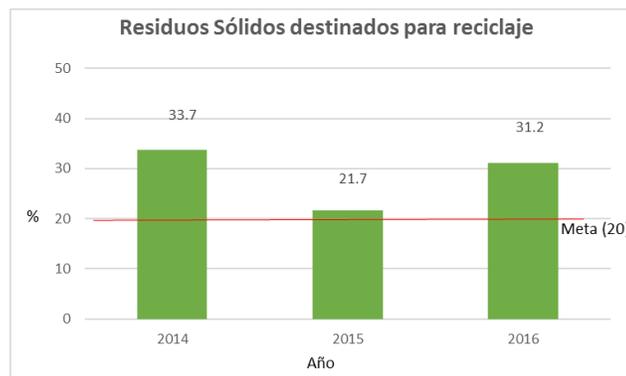
parecen estar subvalorados o que no cumplen con la meta establecida, pues no reflejan adecuadamente la gestión del proceso y por ende del Sistema de Gestión Integrado.

3.2 Desempeño ambiental.

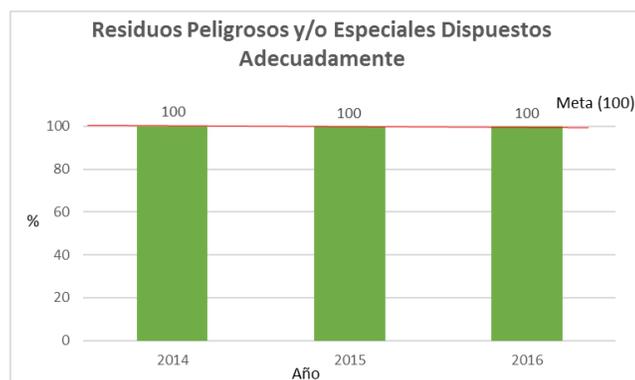
Las mediciones del sistema de Gestión ambiental están en la actualidad están compuestos por nueve indicadores distribuidos en: 3 de efectividad, 4 de eficacia y 2 de eficiencia.

A continuación, se presenta el comportamiento de los indicadores durante los años 2014 al 2016:

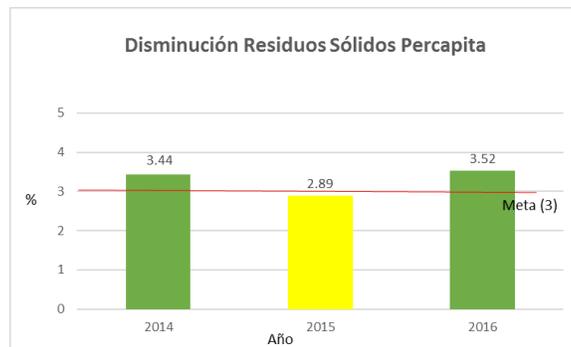
a. Residuos Sólidos destinados para reciclaje



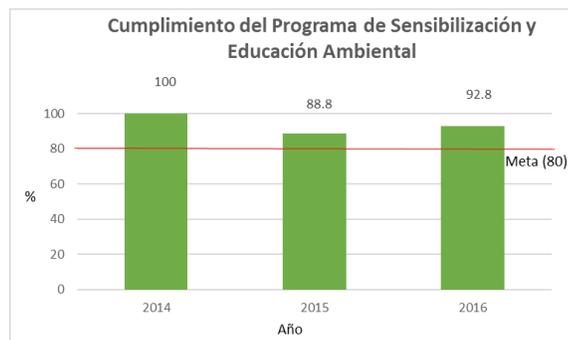
b. Residuos Peligrosos y/o Especiales Dispuestos Adecuadamente



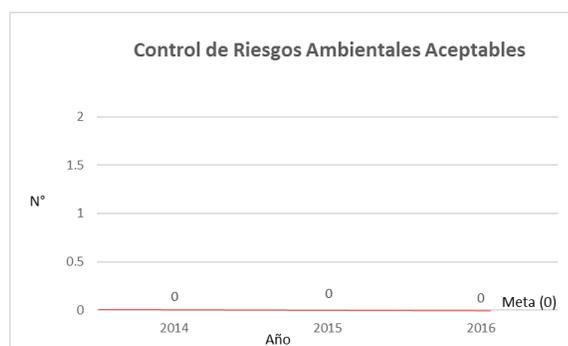
c. Disminución Residuos Sólidos Percapita



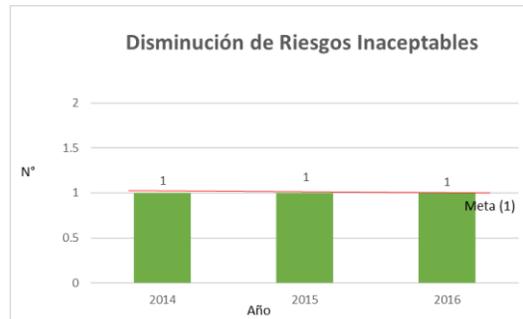
d. Cumplimiento del Programa de Sensibilización y Educación Ambiental



e. Control de Riesgos Ambientales Aceptables



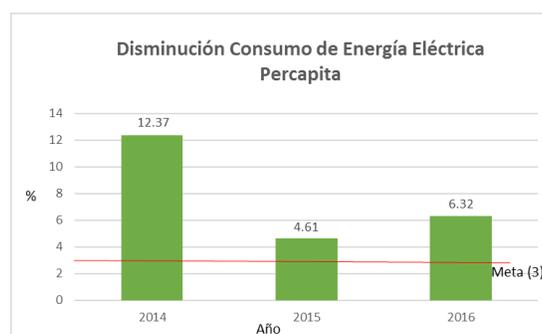
f. Disminución de Riesgos Inaceptables



g. Cumplimiento de Requisitos Legales y de otro tipo del Sistema de Gestión Ambiental



h. Disminución Consumo de Energía Eléctrica Percapita



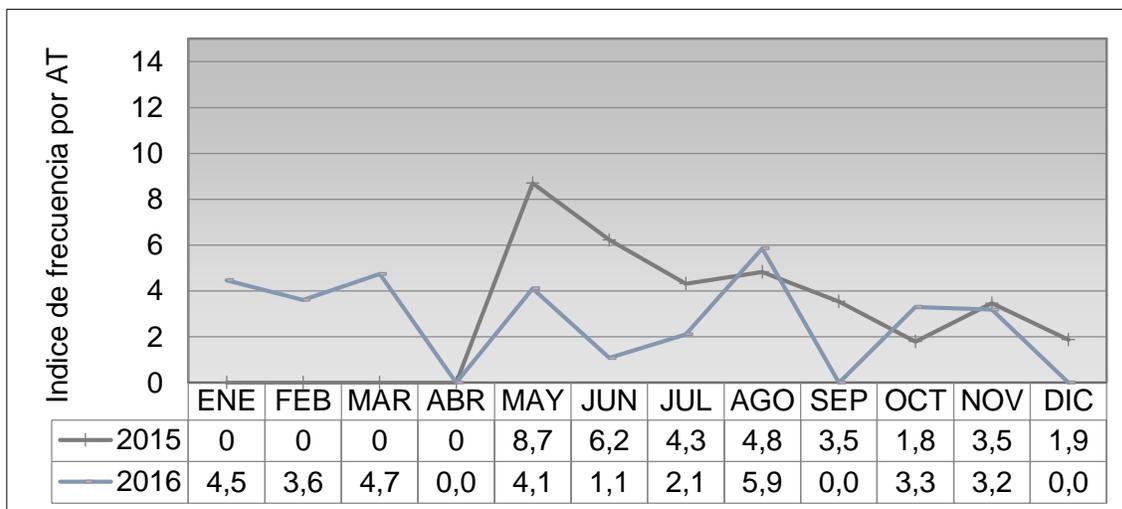
i. Consumo de Agua Percapita



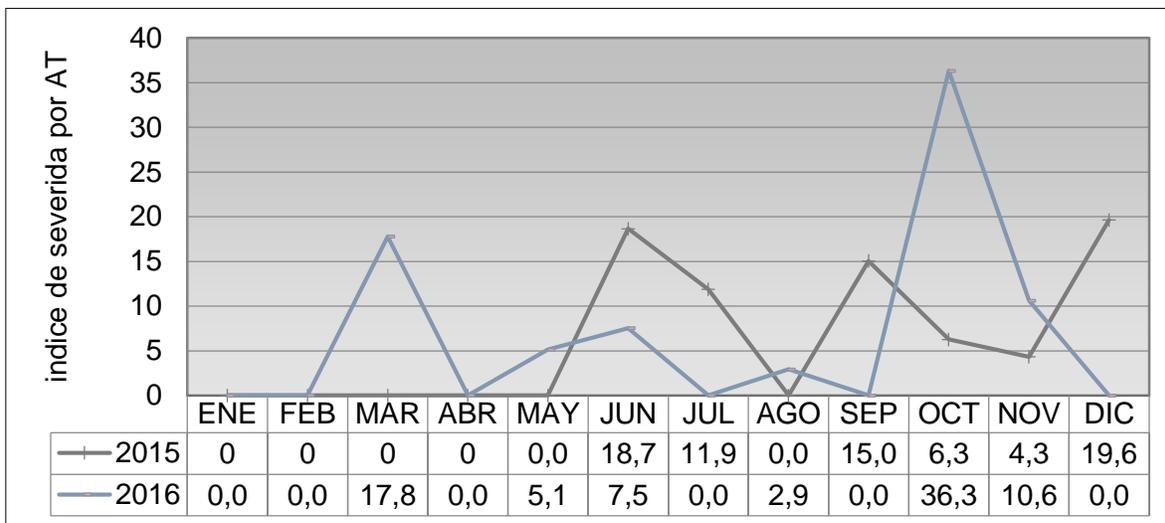
3.3 Desempeño de Seguridad y Salud en el trabajo.

Los indicadores del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el trabajo que están en la actualidad están distribuidos en indicadores de efectividad, de eficacia y de eficiencia. A continuación se presenta el comportamiento de los indicadores durante los años 2015 - 2016:

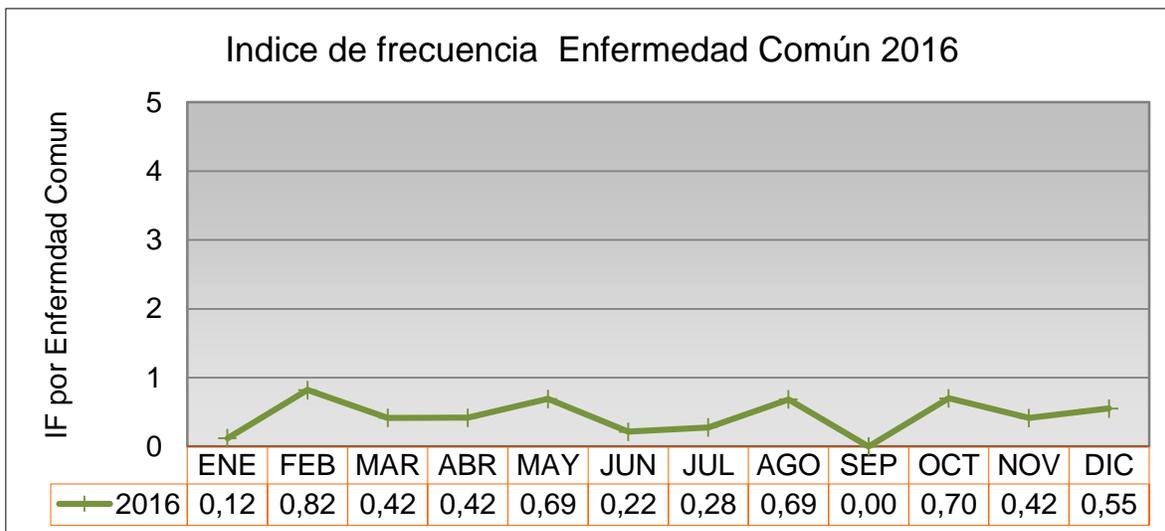
A. Índice de frecuencia por accidente de trabajo 2015-2016.



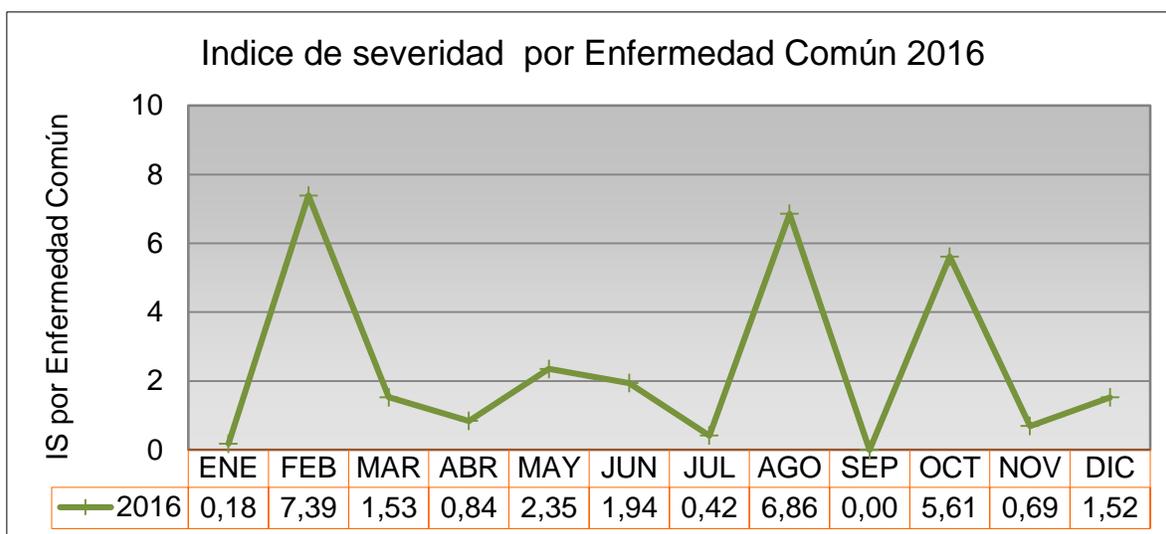
B. Índice de severidad por accidente de trabajo.



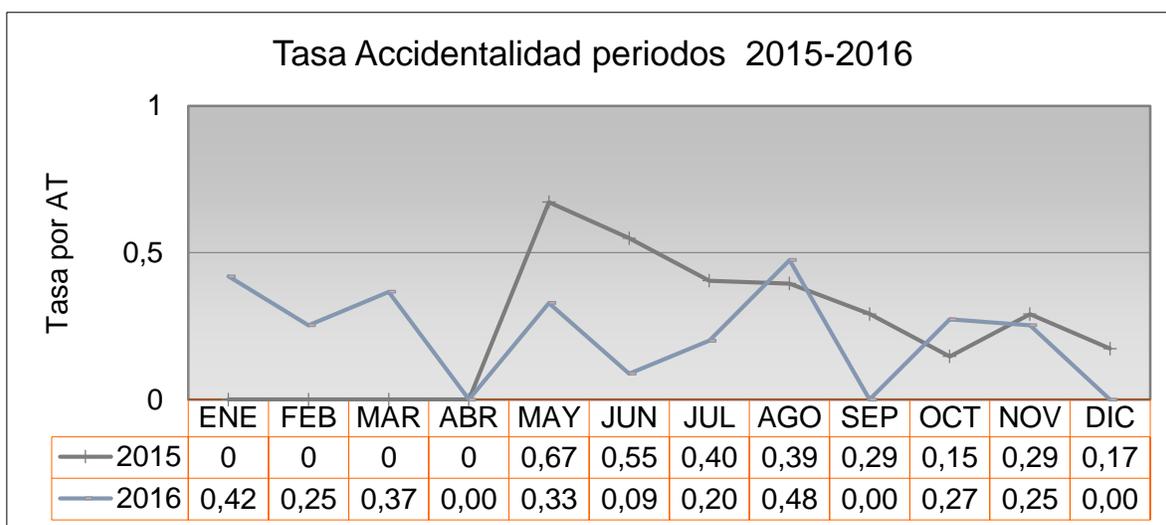
C. Índice de frecuencia por enfermedad común.



D. Índice de severidad por enfermedad común.



E. Tasa por Accidente de trabajo.



3.4 Oportunidades de mejora:

- Seguimiento por parte del proceso de Planeación a los indicadores institucionales con el fin de garantizar información actualizada para la toma de decisiones. (Fuente de la información: Planeación Institucional)
- Sensibilizar a los líderes de proceso y sus equipos de trabajo sobre la importancia de mantener la medición de los indicadores actualizados, ya que estos reflejan los objetivos, cumplimiento de metas y los resultados del proceso, cuyas mediciones

actualizadas sirven como base para la toma de decisiones e implementar estrategias o correctivos de mejora. (Fuente de la información: Planeación Institucional)

- Asesoría a los líderes de procesos en la construcción y revisión de indicadores los cuales son una herramienta fundamental para el control de la gestión del proceso. (Fuente de la información: Planeación Institucional)
- Revisión y ajuste de las metas indicadores del Sistema de Gestión ambiental y el Sistema de Seguridad y Salud en el trabajo.

4. CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS LEGALES Y OTROS REQUISITOS:

4.1 Sistema de Gestión de la Calidad:

En el cumplimiento de los requisitos legales y de otro tipo del Sistema de gestión de la Calidad se alcanzó un 100%, a pesar del cambio en la Resolución 16 2014 Comité de Control Interno y Calidad por la Resolución 09 de 2016 Comité Coordinador del SGI.

LACMA: el cumplimiento de los requisitos legales y de otro tipo del Sistema de gestión de la Calidad es de 100%.

4.2 Sistema de Gestión Ambiental:

De los 92 requisitos normativos identificados en el sistema de gestión ambiental al 30 de diciembre el año 2016, 88 (96.47%) de ellos se cumplen y 4 que representan el 3.3 % se cumplen con observaciones, actualmente desde el proceso de Gestión Ambiental se lidera las acciones encaminadas a dar cumplimiento total a los requisitos normativos, destacándose el tema de separación del sistema de alcantarillado de las aguas residuales de las aguas lluvias, para lo cual desde el proceso de infraestructura ya se realizó el diseño de la red separada de aguas lluvias y residuales

Otro de los aspectos relevantes, es el manejo seguro de sustancias químicas para lo cual conjuntamente con el proceso de Seguridad y Salud en el Trabajo con el apoyo de la ARL se está trabajando en la implementación del manual de riesgo químico.

4.3 Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo:

En el cumplimiento de los requisitos legales y de otro tipo del Sistema de gestión de Seguridad y Salud en el trabajo debe hacer el análisis de la normatividad que en relación a este sistema la Institución debe cumplir e iniciar. Se tiene caracterizado en año 2016 pero debe realizársele la respectiva medición.

4.4 Oportunidades de Mejora:

- Estar atentos al cambio de normatividad emitida por Departamento administrativo de la función pública en cuanto a la vigencia de la NTC GP 1000:2009.
- Sensibilizar a los líderes para que actualicen la normatividad relacionada con su proceso en el normograma y en la caracterización.
- Consecución de los recursos necesarios para la separación de las aguas lluvias y aguas residuales para el año 2018.

- Consecución de recursos para adquisición de rociadores automáticos y sistema de alarma y alerta.

5. EL ESTADO DE LAS ACCIONES CORRECTIVAS, ACCIONES PREVENTIVAS Y NOTAS DE MEJORA:

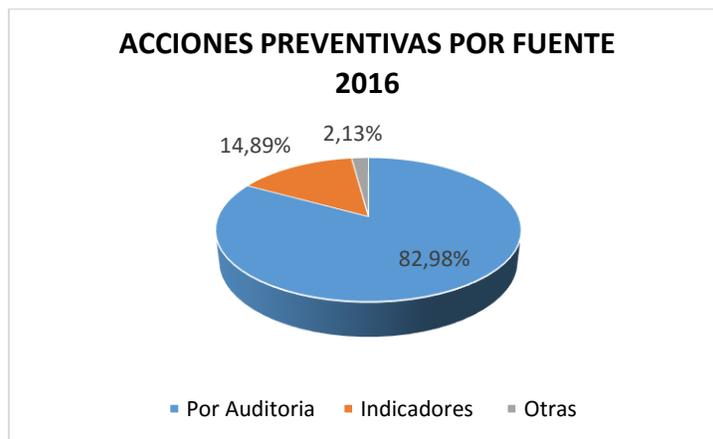
En el año 2016 se generaron 41 acciones correctivas, 49 acciones preventivas (Incluido lacma). Esto indica que la cultura de la gestión Institucional está empezando a pensar en lo preventivo y no en lo correctivo.



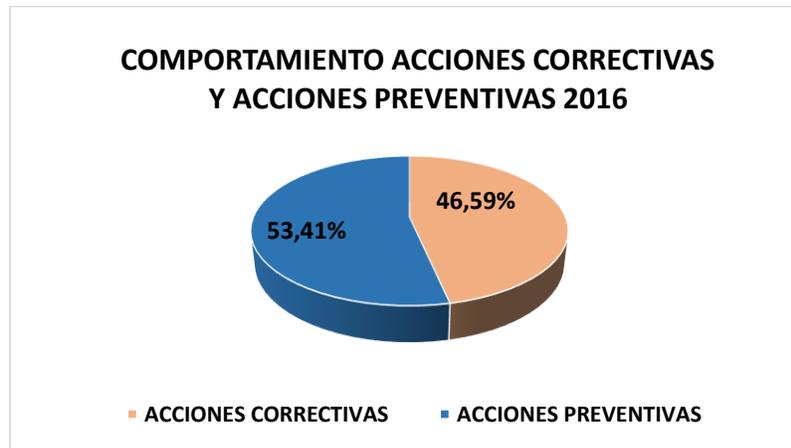
Las acciones correctivas fueron gestionadas en el tiempo establecido.

De las 49 acciones preventivas, no se gestionó 1 en el tiempo establecido correspondiente a Gestión del Talento humano.

Acciones correctivas: de las 41 acciones correctivas, 29 (70.73%) corresponden a Auditorías internas, 9 (21.95%) a indicadores y 3 (7.32%) a otras fuentes.



Acciones preventivas: de las 47 acciones preventivas, 39 (82.98%) corresponden a Auditorías internas, 7 (14.89%) a indicadores y 1 (2.13%) a otras fuentes.



Del Sistema de gestión ambiental en la actualidad está abierta la acción correctiva N°276 de la auditoria interna 2016, correspondiente al Numeral 4.4.6 (Se encontraron incumplimientos de disposiciones de control operacional ambiental a proveedores y contratistas)

En cuanto a la auditoria externa aún están pendiente por cerrar dos acciones correctivas: 296 y 242: Numeral 4.4.6, implementación y eficacia de controles operacionales.

Desde seguridad y salud en el trabajo está pendiente cerrar acción correctivas 296 y 242 correspondientes a las acciones generadas en simulacros realizadas durante el año 2015.

5.1 Oportunidades de mejora:

- Fortalecer la implementación de acciones correctivas y preventivas por categorías diferentes a las auditorías internas, en especial relacionadas con el tema de los riesgos (calidad, ambiental y seguridad y salud en el trabajo).

6. LAS ACCIONES DE SEGUIMIENTO DE REVISIONES PREVIAS EFECTUADAS POR LA DIRECCIÓN

(Fuente de la información: Planeación Institucional)

Proceso	Compromiso	Fecha	Porcentaje de cumplimiento de las acciones	Observaciones	Responsable
Gestión Documental	<p>Agilizar la implementación del Decreto Único Reglamentario del Sector cultura -Decreto 1080 de 2015, que involucra el subproceso de Gestión Documental el cual sufrió cambios sustanciales y que implican decisiones de espacio físico. Para dar cumplimiento con el Decreto 1080 de 2015 se deben elaborar cuatro (4) instrumentos estadísticos archivísticos los cuales son:</p> <p>a. Actualización y convalidación de Tablas de Retención Documental TRD (actividad programada a terminar febrero/2017)</p> <p>b. Adopción y aprobación de Programa de Gestión Documental. PGD (Actividad programada a terminar febrero/2017).</p> <p>c. Plan Institucional de Archivo (PINAR) (Actividad programada a terminar Marzo/2017).</p> <p>d. Tablas de retención Documental (Julio/2017).</p> <p>Por lo tanto una vez terminadas estas actividades se está dando cumplimiento con el Decreto reglamentario.</p>	Julio 30/2017	25%	Se realizó la actividad relacionada con la Adopción y aprobación del Programa de Gestión Documental, por parte del Comité interno de Archivo, según acta No 2 del 8 de noviembre de 2016. Se inició en abril de 2017, el proyecto de elaboración y actualización de instrumentos archivísticos, el cual contempla los 4 instrumentos archivísticos, más la reestructuración institucional y actualización del manual de funciones.	Aura Dolly Quintero López
Aseguramiento o Calidad Académica	Realizar seguimiento y ajuste a los indicadores del proceso, con mayor énfasis a los indicadores que no han alcanzado la meta, cuyo semáforo se encuentra en rojo y aquellos cuyo semáforo está en amarillo, es decir, la medición se encuentra dentro del margen de tolerancia, con la asesoría de Planeación Institucional.	Diciembre 15/2016	50%	El proceso cuenta con un indicador: AC-FI-01 INFORMES DE AUTOEVALUACIÓN REALIZADOS POR PROGRAMAS DE PREGRADO Y POSTGRADO. La última medición se realizó el 25 de enero de 2017, presentando un logro por debajo de las tolerancias establecidas, por lo cual el indicador quedó en rojo. A la fecha (abril 7) no se han implementado acciones correctivas.	Rubén Darío Osorio Jiménez
Virtualidad	Mantener actualizada en el ISOLUCION la caracterización del proceso.	Actividad permanente.	80%	Se actualizó la normatividad del proceso, pero quedó pendiente la incorporación del nuevo reglamento estudiantil.	Viviana Díaz Giraldo

Proceso	Compromiso	Fecha	Porcentaje de cumplimiento de las acciones	Observaciones	Responsable
Laboratorio de Arquitectura e Ingeniería	Realizar seguimiento y ajuste a los indicadores, con mayor énfasis a los indicadores que no han alcanzado la meta, cuyo semáforo se encuentra en rojo y aquellos cuyo semáforo está en amarillo, es decir, la medición se encuentra dentro del margen de tolerancia, con la asesoría de Planeación Institucional.	Diciembre 15/2016	80%	Se revisaron los indicadores de los Laboratorios de salud, administración y Arquitectura en conjunto con todas las Coordinadoras responsables. Se cuenta con acta del 24 de febrero de 2017, en la cual se plasmaron todas las decisiones respecto a la modificación y eliminación de indicadores. En el caso de los Laboratorios de Arquitectura se decidió eliminar el indicador de tiempo de ocupación del laboratorio y nivel de incidentes en el laboratorio.	Gina Hincapié Mejía
Laboratorio de Administración	Mantener actualizado en el ISOLUCION la normatividad vigente del proceso.	Actividad permanente.	50%	Se está ajustando la normatividad del proceso según lo que le aplica a la Institución y se hace también necesario revisar la pertinencia de la aplicación de las normas tan generales.	Tatiana Gómez Vidales
	Mantener actualizada en el ISOLUCION la caracterización del proceso.	Actividad permanente.	80%	La caracterización está en proceso de actualización en la parte de requisitos legales y en el momento se encuentra en borrador.	
Extensión y Proyección Social	Realizar el costeo y actualizar los precios de los servicios que se prestan en la Institución, consultar con la Secretaria General para elevarlo a nivel de resolución rectoral (LACMA, Consultorio de la construcción y el hábitat, centro de consultoría y asesoría empresarial, etc.).	Noviembre 30 de 2016.	90%	Se realizó el costeo y actualización de los precios de los servicios que presta el Consultorio de la Construcción y el Hábitat y se ordenó la resolución No 066 del 27 de abril de 2016, por medio de la cual se determinan derechos pecuniarios para el Consultorio de la Construcción y el Hábitat de la Institución Universitaria. (100%) En LACMA se realizó el costeo y actualización de los precios para los servicios prestados. Se encuentran en revisión por la Vicerrectora para emitir Resolución. (80%)	Arturo Carvajal

Proceso	Compromiso	Fecha	Porcentaje de cumplimiento de las acciones	Observaciones	Responsable
Centro de Lenguas	Mantener actualizada en el ISOLUCION la caracterización del proceso.	Actividad permanente.	0%	No se ha realizado ninguna actualización de la caracterización debido a que se está a la espera de las indicaciones de cómo operarán los cursos de inglés dentro de la institución.	John Fernando Ramírez Villegas
Internacionalización	1. Realizar seguimiento y actualización de los riesgos de corrupción del proceso. Actividad que está programada para ser realizada cada cuatro meses (abril 30, agosto 30 y diciembre 31).	Abril 30, agosto 30 y diciembre 30/2016	0%	A la fecha (abril de 2017), el proceso no tiene definidos riesgos de corrupción. Es necesario que se analice, en conjunto con Planeación, si el proceso presenta riesgos de corrupción y/o riesgos operativos.	Robinson Restrepo García
	2. Realizar seguimiento y ajuste a los indicadores, con mayor énfasis a los indicadores que no han alcanzado la meta, cuyo semáforo se encuentra en rojo y aquellos cuyo semáforo está en amarillo, es decir, la medición se encuentra dentro del margen de tolerancia, con la asesoría de Planeación Institucional.	2. Diciembre 15/2016	50%	Se revisaron, en conjunto con Planeación, cada uno de los indicadores del proceso, identificando la necesidad de modificar los siguientes: en el indicador de movilidad institucional se modificó la fórmula de cálculo y la meta para 2017; para el indicador Planes y Proyectos de la propuesta de Internacionalización se modificó la fórmula, el indicador actividades de fortalecimiento de la internacionalización administrativa implementadas se eliminó, para el indicador investigaciones con reconocido impacto internacional y participación de pares internacionales se modificó la meta, al igual que al indicador de redes de cooperación vinculadas; se eliminó el indicador ejecución presupuestal de gastos proyecto de inversión, se modificó la meta del indicador medios de difusión de la Internacionalización y se cambió la meta y fórmula del indicador agenda anual para la internacionalización. Se cuenta con acta del 20 de febrero de 2017.	

Proceso	Compromiso	Fecha	Porcentaje de cumplimiento de las acciones	Observaciones	Responsable
Admisiones, Registro y Control	Mantener actualizado en el ISOLUCION la normatividad vigente del proceso.	Actividad permanente.	80%	Están pendientes de actualización los derechos pecuniarios.	Gloria Elena Mustafá Yepes
	Mantener actualizada en el ISOLUCION la caracterización del proceso.	Actividad permanente.	80%	Están pendientes de actualización los derechos pecuniarios. La última actualización fue en septiembre 2016. Se actualizan los requisitos legales con la resolución 000374 del 2016 y la guía para entrevista.	
Apoyos Educativos	Mantener actualizada en el ISOLUCION la caracterización del proceso.	Actividad permanente.	90%	La caracterización se encuentra en proceso de actualización ya que se creó un nuevo procedimiento de formación de usuarios.	Claudia Edid Arredondo Hernández
Gestión Tecnología e Informática	Realizar seguimiento y ajuste a los indicadores, con mayor énfasis a los indicadores que no han alcanzado la meta, cuyo semáforo se encuentra en rojo y aquellos cuyo semáforo está en amarillo, es decir, la medición se encuentra dentro del margen de tolerancia, con la asesoría de Planeación Institucional.	Diciembre 15/2016	33,33%	El proceso en la última medición presentó tres (3) indicadores en amarillo: 1. Estudiante por computador, 2. Conexiones de Red por estudiante. 3. Tiempo de atención a requerimientos. Sólo el último tiene acción preventiva en Isolucion. Se deben revisar los otros 2.	Juan Paulo Jones Prada
Bienes y Servicios	Realizar seguimiento y ajuste a los indicadores, con mayor énfasis a los indicadores que no han alcanzado la meta, cuyo semáforo se encuentra en rojo y aquellos cuyo semáforo está en amarillo, es decir, la medición se encuentra dentro del margen de tolerancia, con la asesoría de Planeación Institucional.	Diciembre 15/2016	50%	Se eliminó el indicador de racionalización del gasto teniendo en cuenta que este indicador es de responsabilidad directa de la Vicerrectoría Administrativa. Los demás indicadores no se han actualizado, ya que no se ha recolectado la información de todos procesos involucrados.	Beatriz Elena Millán Murillo
	Mantener actualizada en el ISOLUCION la caracterización del proceso.	Actividad permanente.	0%	Se debe actualizar la caracterización de acuerdo a las modificaciones de los indicadores y normatividad vigente del proceso.	
Bienestar Institucional	Realizar seguimiento y actualización de los riesgos de corrupción del proceso. Actividad que está programada para ser realizada cada cuatro meses (abril 30, agosto 30 y diciembre 31).	Abril 30, agosto 30 y diciembre 30/2016	80%	El proceso de bienestar no tiene contemplados riesgos de corrupción, a diciembre de 2016 se hizo seguimiento a los riesgos del proceso y está pendiente actualización de los controles, ya que para diciembre no se contaba con las estadísticas del proceso.	Liliana Gutiérrez Macías

6.1 Oportunidades de mejora:

- Continuar con el seguimiento periódico de actividades que resultan de la Revisión por la Dirección por parte del Proceso de Planeación, con el fin de que los líderes realicen sus actividades en las fechas programadas. (Fuente de la información: Planeación Institucional).

7. LOS CAMBIOS QUE PODRÍAN AFECTAR AL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO:

7.1 Cambios realizados en el 2016:

- Se cambió la presentación del mapa de procesos de la Institución y de LACMA con el apoyo de Gestión de Comunicación.
- La versión de Isolucion pasó de 3.6 a 3.7.
- Se depuro en Isolucion la normatividad de cada uno de los procesos, dejando activa la vigente.
- Se revisó los registros (almacenamiento, tiempo de disposición) de todos los procesos
- Se le brindo a los líderes de los procesos actualización en la norma ISO 9001:2015 e ISO 14001:2015.
- Se actualizo a la realidad institucional la Matriz Legal y Matriz de valoración de Aspectos e Impactos Ambientales. No se identifican aspectos e impactos ambientales significativos que puedan afectar el SGA.

7.2 Cambios que podrían afectar al SGI:

Internos:

- Nuevos programas académicos virtuales, ya que pueden llevar a cambios en la documentación y en la forma de realizar algunas actividades dentro de la Institución.
- Con la integración de los Sistemas de Gestión de la Calidad, Ambiental y Seguridad y Salud en el trabajo cambia la autoridad, la responsabilidad y los roles de cada uno de los funcionarios de la Institución, para lo cual se requiere que desde Talento humano se lidere, consolide y socialice este tema.

Externos:

- Que el Departamento Administrativo de la Función pública, defina que el Sistema de Gestión de la Calidad se integre al Modelo Integrado de Planeación y Gestión.
- Actualización de las normas ISO 9001:2015 Sistema de Gestión de la Calidad, ISO 14001:2015 Sistema de Gestión ambiental y Decreto 1072 de 2015 Único del Sector trabajo y Resolución 1111 de 2017 Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo para Empleadores y Contratantes.

7.3 Oportunidades de mejora:

- El proceso de Talento humano debe liderar la definición y socialización de roles y responsabilidades en todos los niveles de la Institución del Sistema de Gestión Integrado (Calidad, Ambiental y de Seguridad y Salud en el trabajo). Esta oportunidad de mejora fue relacionada desde la Revisión por la Dirección de 2015.
- Continuar con el plan de transición ISO 9001:2015 Sistema de Gestión de la Calidad y ISO 14001:2015 Sistema de Gestión ambiental.

8. LOS RESULTADOS DE LA GESTIÓN REALIZADA SOBRE LOS RIESGOS IDENTIFICADOS POR LA ENTIDAD, LOS CUALES DEBEN ESTAR ACTUALIZADOS:

(Fuente de la información: Planeación Institucional)

Para la administración de los riesgos en el año 2016, se realizaron acompañamientos a los líderes de proceso en los meses de abril, agosto y diciembre donde se revisaron la valoración de los riesgos y de los controles implementados.

Los días 1,3 y 6 de mayo se llevó a cabo la evaluación y calificación de los riesgos, de manera conjunta, que arrojaron observaciones para los procesos de Gestión de Comunicación, Extensión Académica y Proyección Social, Gestión de Infraestructura, Docencia, Apoyos Educativos y Gestión del Talento Humano, que quedaron consignadas en el acta.

En procura de fortalecer el conocimiento técnico necesario para la adecuada administración de los riesgos en la Institución, en el mes de octubre se dictó una capacitación cuyo objetivo general fue presentar a los asistentes los fundamentos teóricos y prácticos básicos para el diseño e implementación de la gestión del riesgo en la organización, con fundamento en los lineamientos de la norma NTC ISO31000: 2012.

Se identificaron los riesgos estratégicos que fueron aprobados en el mes de diciembre por el comité de Planeación, pero se hace claridad que esta matriz se debe actualizar de acuerdo con las observaciones realizadas por los líderes de proceso.

Se publicó la matriz de riesgos a diciembre de 2016, en cuyo seguimiento se actualizaron los riesgos para los procesos de Aseguramiento de la Calidad, Bienes y servicios, Docencia, Laboratorio Gastronomía, Gestión Ambiental, Gestión de la Mejora, Gestión de Infraestructura, LACMA, Permanencia, Gestión del Talento Humano, Gestión Legal, Graduados, Virtualidad, Gestión de Comunicación, Apoyos Educativos y Planeación Institucional. No se evidencian riesgos identificados para el proceso de Internacionalización y no se han revisado y actualizado los riesgos del proceso de Bienestar Institucional.

A diciembre de 2016, se tienen identificados 127 riesgos, que se encuentran ubicados, después de los controles, es decir, el riesgo residual, en las siguientes zonas:

Zona	Cantidad Riesgos	Porcentaje	Procesos
Alta	10	7.87	Laboratorio Facultad Administración, Gestión de Infraestructura, Permanencia, Laboratorio Ingeniería Ambiental, Gestión Legal, Laboratorio Facultad Salud, G. Administrativa y Financiera, Planeación.
Importante	1	0.79	Gestión de Comunicación
Moderada	42	33.07	Aseguramiento de la Calidad, Bienes y Servicios, Docencia, Laboratorio Facultad de Administración, Gestión de Infraestructura, Permanencia, Gestión del Talento Humano, Laboratorio Ingeniería Ambiental, Graduados, Gestión Documental, Gestión de Comunicaciones, Bienestar, Extensión y Proyección Social, Laboratorio Facultad de Salud, Apoyos Educativos, Admisiones, Laboratorio Facultad de Arquitectura, Seguridad y Salud en el Trabajo, Gestión Administrativa y Financiera, Planeación.
Tolerable	15	11.81	Apoyos Educativos, Laboratorio Facultad Arquitectura, Seguridad y Salud en el Trabajo, Centro de Lenguas, Control Interno.
Aceptable	6	4.72	Extensión y Proyección Social, Admisiones, Registro y Control, Laboratorio Facultad Arquitectura
Baja	43	33.86	Bienes y Servicios, Docencia, Laboratorio Facultad de Administración, Gestión Ambiental, Gestión de la Mejora, Gestión de Infraestructura, Investigación, Permanencia, Gestión del Talento Humano, Gestión Legal, Virtualidad, Laboratorio Facultad de Salud, Gestión Administrativa y Financiera.
Sin Valoración	10	7.87	LACMA, Bienestar, Extensión y Proyección Social.
Total	127	100%	

8.1 Oportunidades de Mejora:

- Mantener actualizada la política de riesgos de acuerdo a los cambios institucionales. (Fuente de la información: Planeación Institucional).
- Implementación de las metodologías para la gestión y administración de riesgos, dispuestas por el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP y la Presidencia de la República. (Fuente de la información: Planeación Institucional).
- Capacitación permanente para los líderes de los procesos con el fin de fortalecer el conocimiento técnico en todos los servidores públicos involucrados en la gestión de los riesgos y generar compromisos en la búsqueda de acciones encaminadas y a prevenir y fortalecer los controles implementados. (Fuente de la información: Planeación Institucional).

9. POLITICA INTEGRAL.

Para determinar si la política integral es pertinente se envió correo a los líderes y algunos servidores públicos con el fin de revisar si el texto de la política del SGI.

Solo se obtuvieron tres respuestas (Gestión de comunicaciones, Extensión académica y proyección social y Gestión de la Mejora), de las cuales se saca las siguientes conclusiones:

- En el ítem “La política es coherente con el plan de desarrollo, los planes sectoriales y de desarrollo administrativo, el Sistema de Control Interno, los planes estratégicos establecidos”, En este momento nos encontramos en un “limbo” frente a los planteamientos del plan de Desarrollo, puesto que el plan de desarrollo que se conoce, terminó su vigencia y el nuevo Plan de Desarrollo aún no se conoce.
- Se hace la sugerencia de incluir dentro de la política el compromiso por la “Prevención de la contaminación”.

La política es pertinente a los requisitos de las normas ISO 14001:2004 y NTCGP 1000:2009, sin embargo se debe esperar el nuevo plan de desarrollo para mirar la coherencia con este, adicionalmente se debe mirar con enfoque de las normas ISO 9001: 2015 e ISO 14001:2015, donde se tenga en cuenta el contexto y las partes interesadas. Consideramos pertinente incluir dentro de la política el lineamiento de “Prevención de la contaminación”.

POLITICA INTEGRAL			
Directriz	Ponderación de la Directriz	Cumplimiento de la Directriz	Justificación
Velar por la satisfacción de los usuarios en la prestación de los servicios derivados de sus procesos misionales.	25%	31.96%	
Cumplir con la normatividad legal aplicable, y con los demás lineamientos que la Institución se comprometa a desarrollar.	25%	30.62%	
Garantizar el tratamiento de sus riesgos y la continuidad de su objeto social	25%	8.34%	* De la matriz de riesgos Institucionales 3 riesgos pasaron de aceptable a importantes o inaceptables. *De la matriz de riesgos y peligros 5 riesgos pasaron de aceptables pasaron a inaceptables.

Directriz	Ponderación de la Directriz	Cumplimiento de la Directriz	Justificación
Ser una Institución de Educación superior reconocida por la excelencia académica, la calidad en la prestación del servicio, el respeto por el medio ambiente y por la generación de espacios de trabajo seguros y saludables	25%	18.99%	Esta directriz se cumple parcialmente ya que unos de los indicadores que influyen en esta son los programas acreditados, para los cuales se tenía una meta de 4 y se lograron 2.
CUMPLIMIENTO DE LA POLITICA INTEGRAL		89.90%	

9.1 Oportunidades de Mejora:

- Modificar la política y objetivos integrales (incluir dentro de la política el lineamiento de "Prevención de la contaminación).
- Socializar la nueva política integral.

10. CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS INTEGRALES:

10.1 Objetivos integrales.

Definición	2016	
	Meta	Resultado
Lograr la satisfacción de los usuarios de la Institución	90%	128%
Garantizar el cumplimiento de los requisitos legales y de otro tipo aplicables a la Institución.	90%	122%
Gestionar los riesgos para minimizar el impacto desfavorable sobre la Institución	90%	33%
Asegurar la calidad académica de los programas de pregrado y maestría de la Institución.	90%	65%
Mejorar la gestión de los procesos con el fin de garantizar la prestación de los servicios	90%	92%

10.2 Objetivos y metas ambientales:

10.2.1 Programa Manejo Integral de Residuos Sólidos.

Objetivo: Controlar los impactos sobre el ambiente y la salud pública, de los usuarios y partes interesadas en la Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia a través del programa para el Manejo Integral Residuos Sólidos y líquidos, comunes, peligrosos y especiales.

Meta	Resultado
Reducir la generación de residuos sólidos en la Institución a través de la implementación del programa ambiental en la Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia en un 3 % en el año en curso.	La meta para el 2016 era del 3 %, de acuerdo a las estrategias implementadas en el Plan de Manejo Integral de Residuos Sólidos y la continua presencia del recuperador de la cooperativa Recimed se logró una disminución del 3,52 % con respecto al año anterior.
Recuperar en un 20 % los residuos sólidos con potencial de reciclaje generados en la Institución.	De los 37814 kg de residuos sólidos generados por la Institución durante el año 2016, se logró recuperar 10,351 Kg de material con potencial de reciclaje, equivalente al 31,20 % del total de residuos generados, esto se logró a través del trabajo de recuperación llevado a cabo por el recuperador de la Precooperativa de recuperadores RECIMED y las estrategias implementadas desde Gestión Ambiental para la separación en la fuente, además de la Contratación de una persona operativa que apoya el Manejo Integral de los residuos.
Disponer adecuadamente (tratamiento especial) el 100 % de los residuos sólidos peligrosos y/o especiales generados en la Institución.	De los 1997,8 Kg de residuos peligroso y especiales generados en la Institución durante el año 2016 el 100 % de los residuos fueron dispuestos adecuadamente a través de terceros especializados en el tema como Ruta Hospitalaria EMVARIAS y ASEI – Biológicos y Contaminados los cuales cuentan con licencia ambiental para la disposición de este tipo de residuos. Los residuos dispuesto fueron: Residuos peligrosos laboratorios: 1624 Kg, Luminarias: 173,3 kg, Tonner: 105,1 Kg, Pilas: 95,4 Kg..

10.2.2 Manejo Seguro de Gas Refrigerante

Objetivo: Dar un uso adecuado a los gases refrigerantes utilizados en los sistemas de refrigeración de la Institución dando cumplimiento a la normatividad ambiental vigente.

Meta	Resultado
Reducir la utilización de gases refrigerantes No permitidos y en transición en un 10 % para el año en curso	Para el año 2016 se obtuvo una disminución de un 18% en la utilización de equipos refrigerantes con gases refrigerantes no permitidos o en transición, a partir de la creación del indicador solo se adquieren equipos con gases refrigerantes ecológicos o permitidos.

10.2.3 Programa Uso Eficiente de Agua

Objetivo: Medir el consumo de agua por persona día, para establecer controles sobre las desviaciones que se puedan presentar en la utilización del recurso, y dar cumplimiento a los parámetros establecidos en la NTC 1500 sobre consumo percapita en universidades.

Meta	Resultado
Mantener el consumo de agua, a través de la implementación del programa ambiental en la Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia en un 0,013 m ³ /persona para el año en curso.	El Indicador se cumplió, se mantuvo por debajo de los 0.0130 m ³ por persona/día el consumo de agua al interior de la institución, con un 0,0135 m ³ /persona.

10.2.4 Programa Uso Eficiente de Energía

Objetivo: Implementar estrategias para el uso racional de la energía eléctrica, como aporte a la protección del medio ambiente en la Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia.

Meta	Resultado
Reducir el consumo de energía, a través de la implementación del programa ambiental en la Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia en un 3 % para el año en curso.	La implementación de tecnología LED, En la Iluminación de zonas comunes del bloque patrimonial, auditorio y zonas verdes de la Institución, así como la adquisición de equipos tecnológicos con configuración ahorradora de energía y las campañas de educación ambiental realizadas en este tema, permitieron para el año 2016 disminuir el consumo de energía en un 6,32 % con respecto al año anterior.

10.2.5 Programa de Educación Ambiental

Objetivo: Generar espacios, para fortalecer la capacitación y sensibilización ambiental en la Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia.

Metas: Medir la ejecución de las actividades de sensibilización ambiental establecidas en el programa. (80 %).

Actividad	Fecha Actividad	Personal asistente	Logro
Inducción general docentes	21 de Enero	312	✓ Apropriación y conocimiento del SGA por parte de Docentes.
Inducción general estudiantes	02 de Febrero	300	✓ Apropriación y conocimiento del SGA por parte de los estudiantes Nuevos
Sensibilización Programa Uso eficiente de Energía	22 de Agosto	16	✓ Sensibilizar grupo voluntarios ambientales sobre el uso eficiente de energía.
Inducción separación Residuos "Programa Seguridad Alimentaria"	18 de febrero (virtual)	250	✓ Sensibilizar a los beneficiarios del programa sobre la correcta separación de los residuos generados en el proyecto.
Inducción Gestión Ambiental Estudiantes de Gastronomía	16, 17 y 19 Agosto	57	✓ Sensibilizar a los estudiantes nuevos del programa de Gastronomía sobre el correcto manejo y disposición de los residuos generados en los laboratorios de Gastronomía
Inducción Virtual separación Residuos "Programa Seguridad Alimentaria"	18 y 19 de agosto	128	✓ Sensibilizar a los beneficiarios del programa sobre la correcta separación de los residuos generados en el proyecto.
Re Inducción Bioseguridad y MIRS personal servicios generales	15 sept y 29 Noviembre	31	✓ Fortalecer las debilidades identificadas en el personal de servicios generales sobre el manejo, transporte y disposición final de los residuos peligrosos y el manejo en los laboratorios
Capacitación Control vertimientos	19 Septiembre	8	✓ Capacitar al personal de los laboratorios sobre el adecuado manejo de los vertimientos en los laboratorios, de acuerdo a lo establecido en el Manual de Riesgo Químico Institucional.
Jornadas de Bienestar "Stand Gestión Ambiental y Tejido Verde"	19 de abril y 26 de Septiembre	271	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Separación en la Fuente Jugando ✓ Campaña recolección de Pilas ✓ Sensibilización Gestión Ambienta ✓ Medición huella de carbono
Socialización aspectos e impactos ambientales procesos Institucionales	Mes de Sept - Octubre	23	✓ Campaña de uso eficiente de energía en administrativos y docentes
Siembra de árboles Cerro el Volador	10 Noviembre	12	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sensibilizar a estudiantes de la importancia del cuidado y preservación del medio ambiente. ✓ Conocer uno de los cerros tutelares del municipio de Medellín

Actividad	Fecha Actividad	Personal asistente	Logro
Capacitación SGA y Plan de Emergencias, riego químico al personal locales comerciales	27 de Agosto	07	✓ Dar a conocer al personal que labora en locales comerciales al interior de la Institución El SGA y Plan de Emergencias Institucional.
Capacitación Manejo seguro sustancias Químicas y SGA, Servicios generales	26 enero	22	✓ Capacitar al personal d servicios generales el manejo seguro de sustancias químicas, desde el almacenamiento, compatibilidad, etiquetado, transporte y disposición final
Capacitación en riego químico y SGA a estudiantes del voluntariado ambiental de la Institución	12 septiembre, 24 de Octubre	17	✓ Dar a conocer a los estudiantes el adecuado manejo, transporte, etiquetado y disposición de sustancias químicas. ✓ Dar a conocer a los estudiantes los alcances y estructura de un SGA.
Actualización Norma NTC ISO 14001 versión 2015	09, 10, 16 y 17 de Agosto	25	✓ Actualizar a los líderes de la institución en los cambios de la nueva Norma NTC ISO 14001 versión 2015
Capacitación SGA proveedores externos (techos, pintura, seguridad privada)	25, 27 de enero, 03 de mayo	27	✓ Dar a conocer a proveedores externos los lineamientos Institucionales en materia ambientales y sus deberes al respecto y el seguimiento desde el SGA.
Total personas Capacitadas y Sensibilizadas		1506 personas	

De las 14 acciones programadas en educación ambiental se ejecutaron 13, en el archivo de Gestión Ambiental reposan las evidencias de las capacitaciones y sensibilizaciones

10.3 Objetivos y metas de Seguridad y Salud en el trabajo:

Para el desarrollo de los programas en el 2016 se da el inicio para algunos de ellos

10.3.1 Programa de pausas activas

Objetivo: Establecer un programa de Pausas Activas en la INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIO MAYOR, con el fin de crear conciencia sobre la importancia de adquirir y promover hábitos saludables dentro y fuera de la jornada laboral, buscando así la prevención de adquirir enfermedades laborales o desordenes musculo esqueléticos.

Meta	Resultado
Visitar a las diferentes dependencias de la institución para orientar las pausas activas	Se visitó a las diferentes dependencias de la universidad para dar la orientación en pausas activas, se tuvo un cubrimiento parcial a las salas de docentes, puesto que es difícil su participación por los horarios de clase.

10.3.2 Programa de riesgo químico

Objetivo: Implementar un programa de manejo seguro de sustancias químicas, que logre la optimización de su uso y establezca las técnicas seguras de recepción, almacenamiento, transporte y manipulación de sustancias químicas, de modo que se prevenga, mitigue o controle las afectaciones que pueden darse a la salud de los trabajadores y al ambiente en la utilización de estas sustancias con el apoyo y el compromiso de los coordinadores de laboratorios y docentes.

Meta	Resultado
Elaboración de manual de riesgo químico	Se realiza manual de riesgo químico. El cual se socializa y se pone en consideración del personal que trabaja en los laboratorios.

10.3.3 Programa de contra caídas

Objetivo: Establecer mecanismos de prevención, control, selección, compra, entrega, reposición, uso y mantenimiento de los elementos de protección personal y equipos de protección contra caídas requeridos por los trabajadores, de acuerdo a los riesgos a los que se encuentren expuestos en sus oficios.

Meta	Resultado
Realizar inventario de actividades que requieren realizar tareas en alturas.	Identificación de áreas que requieren intervención en seguridad para la realización de trabajo seguro en alturas
Incluir en el manual de requisitos para contratación a terceros las consideraciones a tener en cuenta para el desarrollo de actividades que requieran trabajo en alturas.	El manual para Contratistas se contempla los procedimientos de administración y control del personal que realiza trabajo en alturas.

10.3.4 Programa de riesgo físico

Objetivo: Identificar los factores de riesgos que puedan afectar la seguridad y la salud de los trabajadores de institución en las diferentes áreas de trabajo con el fin de adoptar medidas preventivas para mejorar sus condiciones.

Meta	Resultado
Evaluación y análisis de la iluminación de los puestos de trabajo de la institución universitaria	Se evaluaron un total de ciento noventa y un (191) puntos, donde veinte (20), 10,47% de ellos reportaron valores por encima del rango establecido por la RETILAP, lo anterior se debe principalmente a la combinación de la luz natural y artificial, aunque los puestos tienen persianas se evidencio algunas en mal estado

	Se evaluaron un total de ciento noventa y un (191) puntos, donde ochenta y cuatro (84), 43,97% de ellos reportaron valores por debajo del rango establecido por la RETILAP, lo anterior se debe principalmente a que algunos puestos no cuentan con luminarias artificiales sobre el puesto de trabajo, superficies de color oscuro, archivadores que impiden el ingreso de luz natural o se encuentran sobre el puesto de trabajo, luminarias con tubo deficiente.
Capacitación y manejo de autoclaves	Se capacito al personal de laboratorios y de mantenimiento sobre el manejo y uso seguro de las autoclaves.

10.3.5 Programa de riesgo biológico

Objetivo: Implementar un programa que permita a la institución controlar y disminuir en forma temprana la incidencia de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales ocasionadas por la exposición a factores de riesgo biológico.

Meta	Resultado
Capacitar al personal de laboratorios, servicios generales en las generalidades del riesgo biológico	Se capacito al personal de la institución en el manejo y reporte del accidente biológico.

10.3.6 Programa de riesgo psicosocial.

Objetivo: Atenuar los riesgos psicosociales presentes en la comunidad institucional y establecer las medidas necesarias para prevenir los efectos negativos para la seguridad y salud de los funcionarios, con el fin de impactar la calidad de vida a través de la implementación de un método de intervención a cargo del líder del proceso de Gestión del Talento Humano y en apoyo del área de SST a partir de Julio de 2014.

Meta	Resultado
Aplicación de la batería de riesgo psicosocial para evaluar el estado actual de los funcionarios de la institución universitaria	Tipificación de las principales condiciones psicosociales de institución con la finalidad de implementar estrategias de intervención

10.3.7 Programa de riesgo publico

Objetivo: Implementar un programa de transformación cultural en torno a la prevención de los riesgos públicos a los cuales se encuentran expuestos los trabajadores de la institución universitaria, enfocados en prevenirlos y minimizarlos mediante programas de concientización a todo los empleados para cumplir con los procedimientos establecidos por la institución universitaria. Velando así por el bienestar individual y colectivo de los trabajadores.

Meta	Resultado
Capacitar al personal de la institución más expuesto al riesgo en actividades externas	Capacitación y socialización al personal de extensión que realiza labores extramurales que tienen más exposición al riesgo publico

10.3.8 Estado de la propiedad, máquinas y equipos relacionados con el SG-SST

Inventario de recursos SST 2016

Descripción	Cantidad	Estado
	Existentes	
Botiquín tipo morral	7	Bueno
Botiquín fijo	1	Bueno
Señal en las rutas de evacuación a la Derecha	40	Bueno
Señal en las rutas de evacuación a la Izquierda	40	Bueno
Señal en las rutas de evacuación con Puerta Izquierda	40	Bueno
Señal en las rutas de evacuación con Puerta Derecha	40	Bueno
		Bueno
Señal en las rutas de evacuación con Escaleras a la Derecha	5	Bueno
		Bueno
Señal en las rutas de evacuación con Escaleras a la Izquierda	5	Bueno
		Bueno
Demarcación de las Salidas de Emergencias	50	Bueno

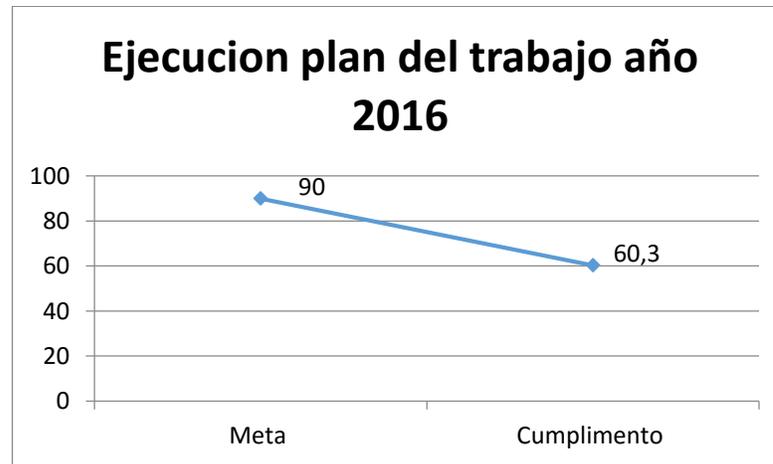
Descripción	Cantidad	Estado
	Existentes	
Recurso Físico - Puntos de Encuentro	5	Bueno
Señalización - Puntos de Encuentro	1	Bueno
Recurso Físico - Puesto de Primeros Auxilios	2	Bueno
Señalización - Puesto de Primeros Auxilios	2	Bueno
Recurso Físico - Camillas de Emergencias	11	Bueno
Señalización - Camillas de Emergencias	11	Bueno
Plano o diagrama por nivel con referencia a zonas aledañas para una más fácil ubicación	0	Bueno
Plano o diagrama general	2	Bueno
Peligro de Riesgo eléctrico (Cajas de Brekes y distribuidores subestaciones y/o Plantas eléctricas)	14	Bueno
Símbolo inter. de accesibilidad (Parqueaderos)	2	Bueno
Señalización - Símbolo inter. de accesibilidad (Parqueaderos)	2	Bueno
Las áreas se encuentran demarcadas (señalización fotolumincentes en flechas que indican las salidas)	40	Bueno
Recurso Físico - Ascensores	2	Bueno
Señalización - Ascensores	3	Bueno
Recurso Físico - Red Contra Incendios Húmeda	2	Bueno
Recurso Físico - Mangueras Para Incendios	10	Bueno
Pitón Policarbonato	10	Bueno
Recurso Físico - Teléfono de Emergencias	1	Bueno
Extintores	84	Bueno
Polvo Químico Seco	45	Bueno

Descripción	Cantidad	Estado
	Existentes	
Agua Penetrante 2.5 gls	2	Bueno
Agente Limpio solkaflan	10	Bueno
Tipo CO2 20 lb	7	Bueno
Recurso Físico - Siamesas (Toma de Red de Bomberos)	4	Bueno
Recurso Físico - Gabinetes de Incendio	10	Bueno
Señalización - Lugares Libres de Humo	6	Bueno
Ducha y Lavajos	6	Bueno
Señalización duchas y lavajos		Bueno
Megáfono	1	Bueno

10.3.9 Cumplimiento del plan de trabajo de SGSST.

Estado del SG-SST 2016

ETAPA	ETAPA DE MEJORA CONTINUA	%
1	Política En Seguridad Y Salud En El Trabajo	100%
2	Organización Del Sistema De Gestión De Seguridad Y Salud En El Trabajo	62%
3	Planificación	70%
4	Aplicación	77%
5	Auditoría Y Revisión De La Alta Dirección	45%
6	Mejoramiento	75%
PROMEDIO		72%

Ejecución del Plan de Trabajo 2016**10.4 Oportunidades de Mejora.**

- Revisar y ajustar la metas de los programas de acuerdo al comportamiento histórico

11. DESEMPEÑO DE LOS PROVEEDORES EXTERNOS.

Se relacionan el comportamiento de los principales proveedores que afectan el SGI y se evidencia que no se presentó dificultad alguna con ellos que ponga en riesgo el sistema de gestión.

En el 2016 se realizaron capacitaciones para informar los requisitos que deben cumplir al interior de la Institución o a nombre de esta.

Se realizó seguimiento a los proveedores al interior de la Institución para verificar el cumplimiento de los requisitos.

Revisión del documento requisitos ambientales y de seguridad y salud en el trabajo para la contratación de terceros

11.1 Sistema de gestión de la calidad:

El Sistema de Gestión de la Calidad contó con tres proveedores directos: Gestión y conocimiento para la realización de las Auditorías internas, Isolucion S.A. para el mantenimiento y soporte del software e Icontec para la Auditoria externa de renovación del SGC. No se presentó ninguna dificultad con estos proveedores, prestaron el servicio de una manera eficiente y oportuna.

Evolución de Proveedores

Se realizó la evaluación de 43 proveedores críticos de los cuales, solo un proveedor obtuvo una calificación no satisfactoria, ya que no cumplió con la oportunidad dado a que no se entregaron cumplidamente los insumos y la documentación necesaria para la recepción de reactivos (fichas de seguridad, fichas técnicas y certificados de calidad).

Bienes con Incidencia

Los bienes con incidencia para la vigencia 2016, fueron identificados en el área de biblioteca y facultad de arquitectura, los cuales que suman el valor de \$3.243.083.

Total Inventario Bienes: 10.026.280.938

Total Bienes faltantes: 3.243.083

?: bienes faltantes 0.323

11.2 Sistema de gestión ambiental.

A continuación, se presenta listado de los proveedores externos críticos para el SGA que tuvieron influencia en la Institución y para el SGA durante el año 2016.

- Emvarias: encargado de la recolección transporte y disposición residuos ordinarios.

- Ruta Hospitalaria Emvarías: encargado del Transporte, tratamiento y disposición final residuos peligrosos (químicos, biológicos).
- Ruta especial Emvarías: proveedor encargado de la recolección y disposición residuos de escombros y residuos de poda.
- RECIMED: Empresa con la cual se tiene convenio interadministrativo para la separación y manejo residuos recuperables
- ASEI: Gestor autorizado por la autoridad ambiental para el transporte, tratamiento y disposición final residuos luminarias y tóner de impresión.
- ANDI Programa Post consumo Pilas con el Ambiente: Programa post consumo con el cual la Institución gestiona el transporte, tratamiento y disposición final pilas y baterías.
- Mama Paisa SAS: Proveedor de la alimentación para programa de seguridad alimentaria, con el cual se verifico la utilización empaques biodegradables en los almuerzos.
- ECOIL: Gestor encargado del transporte, tratamiento y disposición final aceite de cocina.
- SOLUMEC: Proveedor del proceso de infraestructura para el mantenimiento de los aires acondicionados, se verificó el manejo gases refrigerantes ecológicos y de transición
- AMBIENTE SANO: proveedor encargado del Control de plagas en la Institución, se verifico el Manejo residuos químicos y utilización de productos no tóxicos para el ser humano y fauna silvestre
- JESÚS DE LA CRUZ MIRA: Contratista encargado del mantenimiento de cubiertas y ventanearía, desde gestión ambiental se verifico el manejo ambiental de la obra.
- INGEADE SAS: Contratista encargado de la ejecución de obra física y adecuaciones al interior de la Institución, desde gestión ambiental se verifico el manejo ambiental de la obra.
- Opción Ingeniería: Contratista encargado del levantamiento redes existentes y diseño de la separación de redes de alcantarillado edificio patrimonial.
- SEISO: Operador personal servicios generales, desde gestión ambiental se acompañó en la capacitación y acompañamiento personal en materia ambiental.
- Conintegral: Contratista encargado del estudio de medición de ruido y ruido ambiental.
- SETECOL LIMITADA: Empresa encargada del servicio de vigilancia, desde gestión ambiental se acompañó en la capacitación y acompañamiento personal en materia ambiental

11.3 Sistema de gestión y seguridad y salud en el trabajo

- Durante el año 2016 se contó con el apoyo de la ARL para procesos de capacitación, asesoría y consultoría para los avances de la implementación del SG-SST, con 32 actividades de acompañamiento, entre asesorías y

capacitación, 2 cursos de auditores del SG-SST, 1 capacitación para brigadistas extramural.

- Se contrató con contrato a un 1 año con la IPS Laborum, con al cual se realizaron exámenes médicos de ingreso, egreso y periódicos para el personal vinculado de la institución.
- Se llevó a cabo contrato con la empresa EMERMEDICA para la prestación de servicios de atención médica y paramédica como área protegida, para la comunidad universitaria y visitantes

11.4 Oportunidades de Mejora.

- Socializar con todas las partes interesadas el documento requisitos ambientales y de seguridad y salud en el trabajo para la contratación de terceros
- Actualizar la evaluación y definición de criterios ambientales y de seguridad y salud en el trabajo de las comprar institucionales.
- Realizar visita desde EL Sistema de Gestión Ambiental a los proveedores críticos para el sistema,

12. ADECUACIÓN DE LOS RECURSOS.

12.1 Sistema de Gestión de la Calidad.

La Inversión del proceso de Gestión de la Mejora hace parte del proyecto “Mantenimiento e integración del modelo del sistema de Gestión Integral de la Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia”, a continuación se relacionan los valores ejecutados:

CONCEPTO	VALOR EJECUTADO
Contratación de personal para el mantenimiento, integración y mejora del Sistema de gestión de calidad.	32.748.824
Contratación del personal para el direccionamiento, mantenimiento e integración del Sistema de Gestión de Calidad	40.841.528
Auditoria interna.	17.226.000
Adquisición póliza de mantenimiento software Isolución.	11.072.288
Auditoria integrada en ISO 14001 e OHSAS 18001 y NTC GP1000:2009 (Icontec)	12.219.904
Inscripción ICONTEC.	625.240
TOTAL	114.733.783

12.2 Sistema de Gestión Ambiental.

La Inversión llevada a cabo por la I.U Colegio Mayor de Antioquia en el año 2016 en Gestión Ambiental hace parte del proyecto “Mantenimiento e integración del modelo del sistema de Gestión Integral de la Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia.

CONCEPTO	VALOR EJECUTADO
Contratación de Profesional Ambiental	35.510.843
Practicante Gestión Ambiental	3.500.000

CONCEPTO	VALOR EJECUTADO
Estudio separación red combinada aguas residuales	39.087.360
Estudio medición de ruido laboratorio acreditado	2.088.000
Mantenimiento de equipos de Gestión Ambiental	3.771.624
Instalación luminaria Led externa y zonas comunes y auditorio bloque patrimonial	247.123.916
Manejo integral residuos sólidos	10.176.015
TOTAL	325.054.414

La Instalación luminaria LED de la institución no hacen parte del proyecto de Gestión Ambiental, pero se tiene en cuenta al momento de cuantificar la inversión ambiental, por su beneficio directo al programa de uso eficiente de energía.

Dicho proyecto estuvo dirigido desde el proceso de Infraestructura física.

Ahorro por tasa de aseo:

Tasa aseo 2011 - 2012	Cobro por tasa de aseo	Tasa aseo 2013 -2016	Disminución con respecto 2011- 2012	Ahorros mensuales	Ahorros anuales
17.32 m ³ /mes	720.000	5.55 m ³ /mes	67.95 %	\$ 518.209	\$ 6.218.514

12.3 Sistema de Seguridad y Salud en el trabajo.

El área de SST al año 2016 cuenta con 3 contratitas, que efectúan actividades inherentes a la seguridad y salud en el trabajo dentro del campus universitario.

PRESUPUESTO 2016		
DESCRIPCIÓN	TOTAL	CONTRATOS
Exámenes Médicos Ocupacionales de ingreso Periódicos y de retiro.	10.000.000	Laborum IPS
Área protegida	10.332.000,00	Emermedica
Certificación trabajo seguro en alturas avanzado	5.000.000	Way Group
Compra y recarga de extintores, soportes	4.871.500	Eco-controles

Elementos para dotación de botiquines, ye elementos para la atención de emergencias	10.066.680	Complementos del Sur
Elementos para atención de emergencias y dotación laboratorios	23.695.000	Solmaq
COMPRA DE RADIOS DE COMUNICACIÓN Y MEGAFONOS	2.056.465,00	Orbiradios
TOTAL	66.021.645	

12.4 Oportunidades de Mejora.

- Asignación de recursos para temas de sensibilización que se requieren para la interiorización de un SGI.
- Contratación de profesional de apoyo al sistema de gestión ambiental, que fortalezca las actividades de educación ambientales y las enmarcadas en el nueva versión del a NTC ISO 14001 Versión 2015.
- Inversión para la separación de las aguas lluvias y aguas residuales al interior de la institución. (De acuerdo a estudio realizado \$ 424.751.579 aproximadamente).
- Inversión para el mantenimiento zonas verdes de la institución.
- Adquisiciones de equipos y materiales para la prevención y atención de emergencias.
- Gestionar los recursos económicos para la adquisición del sistema de alarma y alerta y sensores de humo para las áreas de la institución.
- se hace necesario contar con el recurso humano que maneje el tema de seguridad social (afiliación al sistema de salud)

13. LAS RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA

- Establecer una Coordinación general para los laboratorios de la Institución o fortalecer dicho rol en cada una de las Facultades.
- Establecer como se controlan las actividades de Educación continua, ya que en la actualidad no está claro si se hace desde Extensión y Proyección Social o desde las Facultades.
- Realizar entre el año 2016 y 2018 los ajustes necesarios para adaptar el Sistema de gestión integrado a la NTC ISO 14001:2015 e ISO 9001:2015.
- Continuar con la integración del SGI
- Fortalecer con las diferentes áreas de la institución los temas de prevención y atención de emergencias.
- Fortalecer los temas de riesgo químico, plan de emergencias, eventos masivos y contratación de terceros