

| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS NOVIEMBRE 2021

710.14.15-24 V1

| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

Tabla de contenido

| | |
|---|------------|
| <i>SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD.....</i> | <i>5</i> |
| <i>a) Estado de las acciones de las revisiones por la dirección anterior.....</i> | <i>5</i> |
| <i>b) Los cambios en las cuestiones externas e internas que sean pertinentes al SGC. 29</i> | |
| <i>c) Tendencia de la satisfacción del cliente y la retroalimentación de las partes interesadas pertinentes.</i> | <i>30</i> |
| <i>d) El grado en que se han logrado los objetivos de calidad.</i> | <i>56</i> |
| <i>e) Desempeño de los procesos y conformidad de los productos y servicios.....</i> | <i>61</i> |
| <i>f) Tendencias no conformidades y acciones correctivas.</i> | <i>64</i> |
| <i>g) LOS RESULTADOS DE LAS AUDITORÍAS.....</i> | <i>68</i> |
| <i>h) Tendencias de los resultados de las auditorias.....</i> | <i>75</i> |
| <i>i) Tendencias del desempeño de los proveedores externos.....</i> | <i>77</i> |
| <i>j) La adecuación de los recursos.....</i> | <i>91</i> |
| <i>k) La eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y las oportunidades.....</i> | <i>92</i> |
| <i>l) Las oportunidades de mejora.</i> | <i>99</i> |
| <i>m) Análisis solicitudes gestión del cambio.</i> | <i>106</i> |
| <i>SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL.....</i> | <i>108</i> |
| <i>a) Estado de las acciones de las revisiones por la dirección anterior.....</i> | <i>108</i> |
| <i>b) Los cambios en las cuestiones externas e internas que sean pertinentes al SGA. 108</i> | |
| <i>c) Los cambios en las necesidades y expectativas de las partes involucradas, incluidas las obligaciones de cumplimiento.....</i> | <i>110</i> |
| <i>d) Los cambios en los aspectos ambientales significativos.</i> | <i>113</i> |
| <i>e) Los cambios en los riesgos y las oportunidades identificadas del SGA.....</i> | <i>117</i> |
| <i>f) El grado en que se han logrado los objetivos ambientales.</i> | <i>119</i> |
| <i>g) Información sobre el desempeño ambiental de la organización, incluidas las tendencias relativas a:</i> | <i>123</i> |

| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

| | | |
|----|---|------------|
| h) | <i>La adecuación de los recursos.....</i> | <i>137</i> |
| i) | <i>Comunicaciones pertinentes de las partes interesadas, incluidas quejas.</i> | <i>137</i> |
| j) | <i>Las oportunidades de mejora.....</i> | <i>138</i> |
| k) | <i>Tendencia de desempeño de proveedores.....</i> | <i>141</i> |
| | <i>Rendición de cuentas del SGA.....</i> | <i>141</i> |
| | <i>SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO</i> | <i>144</i> |
| a) | <i>Estado de las acciones de las revisiones por la dirección anterior.....</i> | <i>144</i> |
| b) | <i>Los cambios en las cuestiones externas e internas que sean pertinentes al SGSST.....</i> | <i>148</i> |
| c) | <i>Los cambios en las necesidades y expectativas de las partes involucradas, incluidas las obligaciones de cumplimiento.....</i> | <i>153</i> |
| d) | <i>Los cambios en los aspectos ambientales significativos</i> | <i>156</i> |
| e) | <i>Los cambios en los riesgos y las oportunidades identificadas del SGSST. ...</i> | <i>168</i> |
| f) | <i>El grado en que se han logrado los objetivos ambientales.</i> | <i>168</i> |
| g) | <i>Informe de gestión del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo COPASST</i> | <i>170</i> |
| h) | <i>Informe de gestión del Comité de Convivencia Laboral</i> | <i>170</i> |
| i) | <i>Informe gestión del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo que incluya: grado de cumplimiento de los objetivos, estado de la investigación de accidentes de trabajo y enfermedades laborales y recomendaciones, cambios normativos y eficacia de los programas implementados.</i> | <i>170</i> |
| j) | <i>Resultados de participación y consulta de los funcionarios, contratistas y colaboradores.</i> | <i>215</i> |
| k) | <i>Desempeño del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad.</i> | <i>215</i> |
| i) | <i>Estado de las investigaciones de incidentes, acciones correctivas y preventivas.</i> | <i>252</i> |
| j) | <i>Tendencia de desempeño de proveedores.....</i> | <i>256</i> |
| k) | <i>Oportunidades de mejora.....</i> | <i>257</i> |
| | <i>SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD DE LA INFORMACION</i> | <i>260</i> |

| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

| | | |
|----|--|-----|
| a) | <i>Estado de las acciones de las revisiones por la dirección anterior.....</i> | 260 |
| b) | <i>Los cambios en las cuestiones externas e internas que sean pertinentes al SGSI.263</i> | |
| c) | <i>Tendencia de la satisfacción del cliente y la retroalimentación de las partes interesadas pertinentes.</i> | 265 |
| d) | <i>El grado en que se han logrado los objetivos.....</i> | 268 |
| e) | <i>El desempeño de los procesos y conformidad de los productos y servicios..</i> | 271 |
| f) | <i>Tendencia de las no conformidades y acciones correctivas.....</i> | 273 |
| g) | <i>Tendencia de los resultados de seguimiento y medición.</i> | 276 |
| h) | <i>Tendencia de los resultados de las auditorias.</i> | 278 |
| i) | <i>Tendencia del desempeño de los proveedores externos. N/A</i> | 283 |
| j) | <i>La adecuación de los recursos.....</i> | 284 |
| k) | <i>Riesgos estratégicos y oportunidades de mejora.</i> | 285 |
| | SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL Y ARCHIVO | 288 |
| 1. | <i>Aspectos Generales.....</i> | 288 |
| 2. | <i>Avances en la gestión.....</i> | 290 |
| 3. | <i>Oportunidades de mejora.....</i> | 293 |

| | | | | |
|---|---|-------------|-------------------|-----------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 5 de 295 |

VIGENCIA DEL REPORTE: 2021

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

a) Estado de las acciones de las revisiones por la dirección anterior.

Desde la revisión por la dirección de la vigencia 2020 se definieron los siguientes compromisos de los diferentes procesos de la Unidad, frente a los Sistemas de Gestión:

| SISTEMA DE GESTIÓN | ACTIVIDADES PROPUESTAS - COMPROMISOS | PROCESO RESPONSABLE | % DE AVANCE | EVIDENCIA DEL AVANCE |
|--------------------|---|----------------------------|-------------|---|
| SGC | 1. Revisión, formalización y socialización de los lineamientos que se deben actualizar, todo el proceso se debe adelantar debidamente documentado y con los lineamientos y herramientas dispuestas para tal fin, con el apoyo y guía de la OAP. 2. Elaboración, revisión, formalización y socialización del formato encuesta de satisfacción, con los lineamientos y herramientas dispuestas para tal fin y el apoyo y guía de la OAP. | Gestión Interinstitucional | 95% | 1. Correos de socialización con los procedimientos, instructivos, manuales, lineamientos, metodologías actualizadas. 2. Correo de socialización con la Encuesta de Satisfacción. |
| SGSST | 1. Comunicación donde se notifique la asignación de un enlace que lleve a cabo las acciones tendientes a la mejora de la articulación. | Gestión Interinstitucional | 100% | Correo designación de enlaces SGSST. |
| SGC | Determinar punto de acopio de información relacionada con le SIG del proceso de Gestión para la Asistencia. | Gestión para la Asistencia | 100% | Repositorio de Información |
| SGSST | Cuando sea aplicable, recolectar evidencias de la participación de los colaboradores del proceso en las actividades de Seguridad y Salud en el Trabajo. | Gestión para la Asistencia | 100% | Correo seguimiento a participación a las actividades programadas por el SG-SST |

| | | | | |
|---|---|-------------|-------------------|-----------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 6 de 295 |

| | | | | |
|-------|--|--------------------------|------|---|
| SGC | Capacitaciones con los colaboradores trimestrales en el que se informe de las campañas y beneficios. | Registro y Valoración | 100% | Actas y correos de los espacios |
| SGSST | Capacitaciones con los colaboradores trimestrales en el que se informe de las campañas y beneficios. | Registro y Valoración | 100% | Actas y correos de los espacios |
| SGC | La actividad consiste en construir una metodología para la solicitud y entrega de productos, piezas audiovisuales o difusión de estas. Esto incluye, en primer lugar, la creación de un formato de solicitud a la OAC, la cual da inicio al proceso y dependiendo del producto este se tomará una cantidad establecida de días para poder ser entregada y publicada en medios de comunicación. El procedimiento deberá ser previamente socializado para que sea de conocimiento de todos los funcionarios y contratistas de la entidad. Lo anterior para mantener un orden adecuado en las entregas y asegurar y mantener la alta calidad en las entregas por parte de la Oficina Asesora de Comunicaciones. | Comunicación Estratégica | 100% | Formato y publicación de éste |
| SGSST | La actividad consiste en desarrollar una campaña bajo el eslogan "Unidos Otra Vez" con el fin de que los funcionarios tengan toda la información referente al regreso paulatino a las oficinas luego de 4 meses de trabajo en casa. En esta campaña, habrá una estrategia pedagógica comunicativa de control social, que por medio de tres tarjetas buscará sensibilizar sobre la responsabilidad en | Comunicación Estratégica | 100% | Campaña, acta reunión con el área, piezas de SUMA y podcast |

| | | | | |
|---|---|-------------|-------------------|-----------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 7 de 295 |

| | | | | |
|-------|--|------------------------------|------|---|
| | el uso y la aplicación constante de los protocolos de bioseguridad, el autocuidado y la prevención. | | | |
| SGC | Fortalecer el concepto de salidas No conformes, su aplicación e identificación con el fin de poder evidenciar cuando se produzcan en las diferentes actividades que se adelantan de cara a la prestación del servicio. | Direccionamiento Estratégico | 70% | <ul style="list-style-type: none"> * Reuniones realizadas, * Fichas Actualizadas, * Procedimiento Actualizado, * Formato Actualizado |
| SGSST | Socializar el NOTISIG al interior del proceso Direccionamiento Estratégico. | Direccionamiento Estratégico | 50% | <ol style="list-style-type: none"> 1. Reuniones de Socialización 2. Folletos 3. Correos Electrónicos |
| SGC | <p>1. Se realiza reunión de Mesa de coordinadores donde de revisa es el estado de los procedimientos del proceso y se identifica si se requiere actualización creación de Nuevos procedimientos. Los procedimientos actualizados son: Contencioso, Conciliaciones, En proceso de creación: Procedimientos de tierras, justicia y paz y Corte.</p> <p>2. Se hizo revisión con la Secretaria General, Oficina Asesora de comunicaciones, planeación y la Oficina Jurídica identificando los puntos a modificar y actualizar del procedimiento.</p> <p>Se trabajó de la mano con el Grupo de Talento Humano y la Oficina Jurídica para identificar las normas que en el marco de la emergencia debía tener en cuenta la entidad.</p> <p>Se estableció un enlace SharePoint, en donde reposa y actualiza la información de los grupos de gestión</p> | Gestión Jurídica | 100% | <ol style="list-style-type: none"> 1. procedimientos actualizados y acta de creación y/o actualización. 2. procedimiento y formato actualizado. 3. Pantallazos de Share point de los grupos de trabajo de la Oficina asesora jurídica 4. actas de reuniones de calibración 5. Informe tutelas contestadas sin escalamientos. |

| | | | | |
|---|---|-------------|-------------------|-----------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 8 de 295 |

| | | | | |
|------|---|--------------------------------|------|--|
| | <p>normativa y conceptos y el grupo de defensa judicial para generar seguridad control y fácil acceso de la información.</p> <p>Realizar calibraciones mensuales a los abogados de tutelas, igualmente retroalimentar las inconsistencias encontradas en la calidad mensual. Contestar la admisión de la tutela sin escalar a las áreas misionales, en la cual para el mes de septiembre se contestó el 93% en la admisión de tutela.</p> | | | |
| SGSS | <p>1. De la mano conwqkldmdl la OTI y el Grupo de Gestión administrativa y documental, se trasladaron dos equipos de cómputo que han permitido que dos funcionarios del equipo puedan desarrollar sus obligaciones y funciones en casa.</p> <p>2. Se articuló con el equipo de psicosocial y se llevó a cabo una jornada de sensibilización para el manejo de las emociones.</p> <p>3. Reuniones periódicas con los equipos para revisar el estado físico y anímico, así como el acompañamiento de los expertos en temas psicosociales de la Unidad.</p> <p>4. Participación por funcionarios y contratistas del proceso de las actividades realizadas por la Oficina de Talento Humano en el Marco de Seguridad y salud en el Trabajo.</p> | Gestión Jurídica | 100% | <ol style="list-style-type: none"> 1. Correos de solicitud de traslado de equipos. 2. Citación de jornada, acta y listado de asistencia. 3. Actas de reuniones de gestión de los grupos de trabajo y pantallazos del chat de seguimiento al estado físico y emocional de los funcionarios y contratistas. 4. Correo de citación a todos los funcionarios y contratistas de la oficina asesora jurídica y listados de asistencia donde se deja soporte de su participación en las actividades de SST. |
| SGC | Capacitar al Grupo de Participación en los conceptos y actividades del SIG y salidas No conformes, como plan de mejoramiento | Participación y Visibilización | 100% | Acta de la Jornada No. 5. |

| | | | | |
|---|---|-------------|-------------------|-----------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 9 de 295 |

| | | | | |
|-------|---|------------------------------------|------|--|
| | conforme a la auditoría interna. | | | |
| SGSST | Capacitar al Grupo de Participación en los conceptos y normatividad vigente de la norma 45001 de 2018. | Participación y Visibilización | 100% | Acta de la Jornada No. 5. |
| SGC | Diseñar nueva ficha y encuesta de medición de satisfacción asociada al procedimiento, para ser implementada en la próxima medición. | Prevención de Hechos Victimizantes | 100% | Correo electrónico con la solicitud a la OAP |
| SGSST | Implementar al interior de la Subdirección las jornadas "BriCo" en las que miembros de la Brigada de Emergencia y COPASST además del enlace SIG, socializaran diversos temas relacionados con el SGSST. Se realizarán 2 jornadas mensuales. | Prevención de Hechos Victimizantes | 100% | Correos electrónicos, evidencias fotográficas, listado de asistencia y grabaciones |
| SGC | Realizar seguimiento a la implementación correcta de los procedimientos asociados al proceso Reparación Integral. | Reparación Integral | 100% | Correos de identificación de Necesidades de actualización de procedimientos. Formatos para Cambios en el SIG (Actas de creación, modificación, eliminación). Acta de Análisis de Desviaciones del Procedimiento. |

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|---|--|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

| | | | | |
|-------|--|------------------------|------|--|
| SGSST | Realizar sensibilizaciones sobre temas que aporten a la promoción de la calidad de vida laboral, la integridad física, mental y social en búsqueda de eliminar los peligros y reducir los riesgos en la salud de los trabajadores y la mejora continua en el ambiente laboral de la Unidad en articulación con la brigada de emergencias y del Grupo de enfoque psicosocial. | Reparación Integral | 100% | Sensibilizaciones para la promoción y prevención para el bienestar integral en salud física y mental desde los meses de noviembre 2020 hasta octubre 2021. |
| SGC | Determinar punto de acopio de información relacionada con le SIG del proceso de Servicio al Ciudadano. | Servicio al Ciudadano | 100% | Repositorio de Información |
| SGSST | Cuando sea aplicable, recolectar evidencias de la participación de los colaboradores del proceso en las actividades de Seguridad y Salud en el Trabajo. | Servicio al Ciudadano | 100% | Correo seguimiento a participación a las actividades programadas por el SG-SST |
| SGC | Se realizo por el GGC sensibilización, socialización e implementación de proceso por el cual los Usuarios Proveedor realizan la actividad de cargar los informes de actividades y supervisión en el aplicativo SECOP II y siendo esta actividad responsabilidad también del supervisor del contrato. | Gestión Contractual | 100% | SUMAS, videos Teams, documentos socializados y correos electrónicos |
| SGSST | Inclusión de puntos legales y normativos en la documentación para los procesos contractuales con el apoyo del SG-SST, ejemplo; análisis del sector, estudios previos y clausulados. | Gestión Contractual | 100% | Documentos actualizados y actas de publicación en la página web de la Unidad |
| SGC | Plan de trabajo ruta implementación norma ISO 14001:2015. | Gestión Administrativa | 75% | Plan de Trabajo implementación norma ISO 14001:2015 |

| | | | | |
|---|---|-------------|-------------------|------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 11 de 295 |

| | | | | |
|-------|--|-------------------------------|------|---|
| SGSST | Realizar reunión con Líder de SST y el proceso de Gestión Administrativa. | Gestión Administrativa | 75% | Correos socialización actividades de implementación al Grupo de Gestión Administrativa y Documental. Registro Seguimiento actividades de implementación SIGGESTION. |
| SGC | Elaborar un vídeo de expectativa frente a la implementación del subsistema con relación a las partes interesadas. | Gestión Documental | 100% | Video Implementación Sistema de Gestión Documental. |
| SGSST | Realizar reunión con Líder de SST y el proceso de Gestión Administrativa. | Gestión Documental | 75% | Correos socialización actividades de implementación al Grupo de Gestión Administrativa y Documental. Registro Seguimiento actividades de implementación SIGGESTION. |
| SGC | Socializar a través de talleres al interior del proceso las normas y técnicas de organización documental y archivo en los expedientes físicos. | Control Interno Disciplinario | 100% | Acta y Lista de asistencia |
| SGSST | Socializar a través de charlas al interior del proceso de Control Interno Disciplinario la información sobre temas de Seguridad y Salud en el Trabajo publicados por Talento Humano en la página web de la Unidad y en SUMA. | Control Interno Disciplinario | 100% | Actas y lista de asistencia |
| SGC | Implementar una herramienta web (Kactus) que permita contar con la información completa de la planta de la Unidad y poder gestionar mediante la herramienta los tramites de situaciones administrativas que son solicitados por los funcionarios de la Unidad para las víctimas. | Gestión de Talento Humano | | |

| | | | | |
|---|---|-------------|-------------------|------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 12 de 295 |

| | | | | |
|-------|--|---------------------------|------|--|
| SGSST | Aumentar el recurso humano de Seguridad y salud en el trabajo en el territorio, de forma que permita fortalecer la presencia y la correcta ejecución de las actividades de seguridad y salud en el trabajo en todo el territorio nacional. | Gestión de Talento Humano | | |
| SGC | Trimestralmente, se envía a los Supervisores de Contratos, las fichas técnicas de ejecución presupuestal, la cual contiene todos los elementos contractuales, los reportes de asignación y pagos por cada rubro contable asignado, el porcentaje de ejecución y los saldos pendientes en cada periodo contable. El Comité de Seguimiento al PAC, ha logrado dar cumplimiento a la ejecución de las vigencias 2019 y 2020. Trámites y Pago oportunos de viáticos, legalizaciones de comisiones. Trámites y pagos oportunos y reducción de costos adicionales por reconexiones y recargos en facturas de servicios públicos. | Gestión Financiera | 76% | <ol style="list-style-type: none"> 1. Fichas técnicas de ejecución presupuestal y correos de actualización y envío. 2. Informes mensuales de seguimiento a la ejecución de PAC, evaluaciones y actas. 3. Informe de gestión y ejecución de tiquetes y legalizaciones de comisiones. 4. Informe de gestión, control y seguimiento al pago de servicios públicos pagados. 5. Base de datos pagos a contratistas y proveedores |
| SGSST | Gestionar con el proceso de Talento Humano y con la ARL Positiva las capacitaciones en temas de Seguridad y Salud en el trabajo y profundizar la Norma ISO 45001:2018. | Gestión Financiera | 90% | <ol style="list-style-type: none"> 1. Certificados SST curso UNAL. 2. Certificados SST curso ARL Positiva. |
| SGC | Socializar a los colaboradores en temas de gestión de calidad. | Gestión de la Información | 100% | Actas de las socializaciones |

| | | | | |
|---|---|-------------|-------------------|------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 13 de 295 |

| | | | | |
|-------|---|---------------------------|------|---|
| SGC | Establecer e implementar un cronograma de actividades para actualizar cada procedimiento según dominio del marco de referencia de arquitectura de MinTIC. | Gestión de la Información | 50% | Se cuenta con repositorio en SharePoint con carpeta a cada procedimiento, cronograma y ajustes al mismo en lo corrido de la vigencia. Cada carpeta cuenta con los documentos asociados al procedimiento según las versiones de revisión, registros de las reuniones entre otros soportes según el procedimiento y su avance. |
| SGSST | Socializar a los colaboradores en temas de seguridad y salud en el trabajo, Que algunos colaboradores participen en el diplomado de Gerencia de sistemas de seguridad, salud y felicidad en el trabajo. | Gestión de la Información | 100% | Diploma de los asistentes |
| SGSST | Socializar al interior del proceso de Gestión de la Información la información documentada asociada a SST disponible en la página web. | Gestión de la Información | 50% | Se incluye correo con el registro de la reunión del 30/04/2021 remitido al personal de la Oficina de Tecnologías de la Información, el cual incluye adjunto la presentación socializada (Sesión ISO45001_2018.pdf), el folleto (Plegable ISO45001 OTI 2021.pdf), la cartilla (Cartilla Auditoria SGSST-ISO 45001 (1).pdf) y el video de la reunión, como soporte de la socialización. |

| | | | | |
|---|---|-------------|-------------------|------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 14 de 295 |

| | | | | |
|-------|--|--|------|--|
| SGC | Programar jornadas teóricas/prácticas periódicas en el uso de OneDrive por grupos de interés que permita incrementar el resguardo de la información y uso en línea de este. Programar jornadas teóricas/prácticas periódicas de algunas de las aplicaciones de la suite de office365 por grupos de interés que permita incrementar el manejo de colaborativo en línea. | Dirección Territorial Antioquia | 100% | Actas de reunión |
| SGSST | Cada mes se realizarán actividades lúdicas sobre tema de seguridad y salud en el trabajo que involucren a los colaboradores de la dirección territorial buscando interiorizar la aplicabilidad de conceptos y contenidos en la respectiva norma ISO 45001 de 2018. | Dirección Territorial Antioquia | 100% | Actas de reunión |
| SGC | Realizar dos talleres participativos con el equipo de la DT Bolívar y San Andrés para generar mayor apropiación de esta política. | Dirección Territorial Bolívar y San Andrés | 100% | Acta de reunión y correos electrónicos |
| SGSST | Elaborar por parte del COPASST un plan de trabajo dentro del marco de sus competencias legales que le permita hacerle seguimiento al desempeño del subsistema de salud y seguridad en el trabajo en la DT Bolívar y San Andrés. | Dirección Territorial Bolívar y San Andrés | 100% | Actas, informe y soportes |
| SGC | Implantación y seguimiento a los procesos, funcionarios, contratistas, indicadores de gestión y requerimientos administrativos mediante bases de datos que permitan identificar con anterioridad los requisitos a cumpliendo dando respuesta a los reportes requeridos por la entidad. | Dirección Territorial Central | 100% | Bases de datos, formularios, y cuadro de control, carpetas e One Drive con evidencias. |

| | | | | |
|---|---|-------------|-------------------|------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 15 de 295 |

| | | | | |
|-------|--|---------------------------------------|------|--|
| SGSST | Realizar reuniones mensuales con todos los funcionarios de la DT. Central para la verificación capacitación y seguimiento en los temas de SST. | Dirección Territorial Central | 100% | Listados de asistencia a capacitaciones informes de inspecciones planeadas. |
| SGC | Involucrar a los colaboradores tercerizados de la DT en procesos relacionados con el SIC: socialización, capacitación e implementación. | Dirección Territorial Eje Cafetero | 100% | Actas |
| SGSST | Designar enlace de Talento Humano. | Dirección Territorial Eje Cafetero | 100% | Correo electrónico |
| SGC | Creación de un sistema de cupos por municipio, que permitan que se atiendan tanto personas que vienen de lejos como personas que viven en la ciudad de Santa Marta, disminuyendo la afectación de tiempos de espera o aumento de gastos para las personas que llegan de lejos. | Dirección Territorial Magdalena | 90% | Informes de las 19 jornadas hasta el 30 de septiembre. |
| SGSST | Realizar los simulacros periódicos para poner a prueba el plan de respuesta a emergencias en el CRAV Santa Marta, con todas las entidades del SNARIV presentes en el mismo. | Dirección Territorial Magdalena | 1% | NA |
| SGC | Realizar sesiones de capacitación por parte de los funcionarios de la DT y retroalimentación en el marco de los Comités MIPG de la Dirección Territorial sobre temas de Implementación y Seguimiento del SGC. | Dirección Territorial Magdalena Medio | 100% | Acta # 332 14/05/2021 Acta # 334 21/05/2021 Acta # 335 04/06/2021 Acta # 476 11/06/2021 Actas de Comités MIPG de la DT |

| | | | | |
|---|---|-------------|-------------------|------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 16 de 295 |

| | | | | |
|-------|--|---|------|--|
| SGSST | Gestionar con el proceso de Talento Humano capacitaciones en temas de implementación y seguimiento de la ISO 45001:2018. | Dirección Territorial Magdalena Medio | 100% | Acta # 332 14/05/2021 Acta # 334 21/05/2021 Acta # 335 04/06/2021 Acta # 476 11/06/2021 Acta # 333 reunión con EETT 04/06/2021. |
| SGC | Retroalimentar con Tips, Cápsulas Informativas a los funcionarios y Contratistas acerca del Sistema Integrado de Gestión, para lograr en cada uno de ellos la debida apropiación del SIG. | Dirección Territorial Norte de Santander - Arauca | 100% | Certificado MIPG listado de asistencia a capacitación con video realizada por la profesional SIG |
| SGSST | La DT Norte de Santander y Arauca diligenciará una matriz con datos de contacto de cada uno de los funcionarios y Contratistas que permita en caso de emergencia ubicar a su familiar referente. | Dirección Territorial Norte de Santander - Arauca | 100% | Matriz Actualizada |
| SGC | cargue de información de cada uno de los procesos en SharePoint. | Dirección Territorial Santander | 80% | Información cargada en sharepoint por los procesos que hacen parte de la DT Santander de manera mensual - Pantallazo de información aleatoria cargada en la herramienta. |

| | | | | |
|---|---|-------------|-------------------|------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 17 de 295 |

| | | | | |
|-------|---|---------------------------------|------|--|
| SGSST | Realizar actividades concertadas con la ARL, Caja de Compensación y Talento Humano. | Dirección Territorial Santander | 80% | Se cuenta con soporte de las actas de capacitación y listado de asistencia por cada uno de los procesos. Nación Territorio: Socialización de nuevos lineamientos - Marzo; Jurídica - IAR: Manejo de Residuos - Abril; SNARIV y Cooperación: Control de Incendios - mayo; Servicio al Ciudadano: Ergonomía en la oficina -Junio; Reparación Colectiva: Pausas activas -Julio; Retornos y Reubicaciones: Primero Auxilios - Agosto; Psicosocial: Fortaleciendo comportamientos en el trabajo - Septiembre; RNI-Indemnizaciones - Planeación-SIG: sedentarismo y sus consecuencias - octubre. |
| SGC | Realizar periódicamente inducción acerca del sistema integrado de calidad a los funcionarios y/o contratistas que ingresen nuevos a la DT. | Dirección Territorial Valle | 100% | Acta jornada inducción, listado de asistencia, presentación, correos electrónicos |
| SGSST | Realizar periódicamente inducción acerca del subsistema de gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo en articulación con los miembros del COPASST a los funcionarios y/o contratistas que ingresen nuevos a la DT. | Dirección Territorial Valle | 100% | Acta jornada inducción, listado de asistencia, presentación, correos electrónicos |

| | | | | |
|---|---|-------------|-------------------|------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 18 de 295 |

| | | | | |
|-------|--|-----------------------------|------|--|
| SGC | Construir el plan de acción Gerencial en la dirección territorial Sucre y en un tablero de control realizar el seguimiento a las actividades de gestión y operativas que apuntan al cumplimiento de las actividades Estratégicas del plan de acción 2021. | Dirección Territorial Sucre | 100% | Acta CEAT de 23 de febrero de 2021. |
| SGSST | El director Territorial trimestralmente reserva la agenda de todos los funcionarios y contratistas en la herramienta Teams conforme al cronograma de actividades relacionadas con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo. | Dirección Territorial Sucre | 100% | Correo Enviado por el DT el día 04 de agosto de 2021, de asunto; Cronograma actividades SST mes de agosto |
| SGC | Desarrollo y apoyo de las actividades ejecutadas en la DT choco, en todo lo relacionado con la seguridad en el trabajo de los funcionarios, contratistas, y visitantes, tanto en la sede administrativa como en el CRAV, y en los puntos de atención 2 Reapertura puntos de atención y centro regional con un canal virtual (telefónico y/o chat) para la atención desde territorio a las víctimas del departamento del Chocó. | Dirección Territorial Choco | 80% | Actas de COPASST, listas asistencias de las participaciones, actas de reaperturas, correo asignación línea telefónica. |

| | | | | |
|---|---|-------------|-------------------|------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 19 de 295 |

| | | | | |
|-------|--|--|------|---|
| SGSST | <p>1. Trabajar en coordinación con el líder de Comité Paritario, todo lo relacionado con la seguridad y salud en el trabajo de los funcionarios, contratistas y visitantes que llegan a la institución.</p> <p>2. Puestos de trabajo para cada funcionario y contratista en la nueva sede.</p> <p>3. Punto de conexión de internet en cada puesto de trabajo.</p> <p>4. Buena distribución de los espacios en la sede administrativa</p> <p>5. Jornada de promoción y prevención verificación de los elementos como sillas, escritorios, luz, ventilación, etc. usados para desarrollar teletrabajo o trabajo en casa.</p> | Dirección Territorial Choco | 80% | Actas de COPASST, listas asistencias de las participaciones, actas de. Documentación cambio de sede, asignación de puestos, puntos de internet. |
| SGC | <p>Gestionar a través de correo electrónico ante la OAJ, la realización de una mesa de trabajo entre los enlaces DAE del Nivel Nacional y los profesionales responsables del territorio, las estrategias para atender de manera objetiva y realista las acciones a desarrollar en el territorio, adicional gestionar ante la Dirección Nacional la asignación de un profesional para apoyo en seguimiento en temas étnicos.</p> | Dirección Territorial Meta y Llanos Orientales | 100% | Actas de las dos reuniones y listado de asistencia. |
| SGSST | <p>Gestionar vía correo electrónico ante la secretaria general y Talento Humano para obtener beneficios en territorio en pro de la salud y condiciones de vida de los funcionarios de la DT.</p> | Dirección Territorial Meta y Llanos Orientales | 100% | Correo electrónico |

| | | | | |
|---|---|-------------|-------------------|------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 20 de 295 |

| | | | | |
|-------|--|---------------------------------------|------|---|
| SGC | Realizar seguimiento periódico al Plan de Acción de la Dirección Territorial en el marco de los Comités Directivos. | Dirección Territorial Atlántico | 100% | ACTA DE COMITÉ |
| SGSST | Socializar oportunamente información relacionada con el Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo. | Dirección Territorial Atlántico | 100% | CORREOS ELECTRONICOS, ACTAS DE COPPAST. |
| SGC | Realizar al menos una vez al mes, una charla didáctica e innovadora acerca de un aspecto importante del SIG. | Dirección Territorial Cesar y Guajira | 100% | 11 actas y grabaciones Teams |
| SGSST | Mejorar la actual cartelera informativa de la DT en ambas sedes, alimentándola con información importante, para funcionarios, contratistas y visitantes, Fechas de conmemoración, el funcionario del mes, matriz de riesgos, plan de evacuación, números de emergencia, etc. | Dirección Territorial Cesar y Guajira | 100% | Fotos de las carteleras |
| SGC | Realizar con el equipo de trabajo simulacros de auditoría, previa lectura del material de estudio suministrado donde se encuentran todas las definiciones, y rutas de acceso del Sistema Integrado de Gestión. | Dirección Territorial Caquetá - Huila | 100% | Material de estudio sistema de calidad, sistema de SST, correos de remisión, convocatoria a jornadas de estudio y Actas de socialización. |

| | | | | |
|---|---|-------------|-------------------|------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 21 de 295 |

| | | | | |
|-------|---|---------------------------------------|------|--|
| SGSST | Es una red diseñada por los miembros del COPASST y la Enlace de Talento Humano de la Dirección Territorial Caquetá Huila, que permitirá mitigar los riesgos presentados y derivados de problemas psicosociales que presenten los colaboradores de la Dirección Territorial Caquetá Huila, sobre todo en esta época de aislamiento social, trabajo en casa y alta tasa de contagio por la Covid-19 que ha ocasionado la muerte de familiares y amigos, y el contagio de varios compañeros de la Dirección territorial. | Dirección Territorial Caquetá - Huila | 100% | Correos electrónicos, actas de reunión. |
| SGC | Implementación de un Call Center para el agendamiento telefónico Implementación de la herramienta Gestiturno para el Call Center. Generación de reportes y datos estadístico del agendamiento mensual. | Dirección Territorial Putumayo | 100% | Agendamientos mes a mes. |
| SGSST | Aplicar el formato de salidas del personal con vigilancia. Semanalmente cargar la relación de salidas del personal. Mensualmente en el Comité Mensual realizar una evaluación de ausentismo laboral. | Dirección Territorial Putumayo | 100% | Formato de control de salidas de personal con el cargue de la información. Estadísticas. |
| SGC | Realizar un trabajo de construcción de estrategias conjuntas entre la OAP, los Procesos de Nivel Nacional y las Direcciones Territoriales, con el propósito de identificar actividades o acciones que estandaricen el cumplimiento de los requisitos de las Norma Técnica de Calidad. | Dirección Territorial Urabá | 30% | Video de las reuniones por la herramienta Teams |

| | | | | |
|---|---|-------------|-------------------|------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 22 de 295 |

| | | | | |
|-------|---|-------------------------------|------|---|
| SGSST | Realizar un trabajo de construcción de estrategias conjuntas entre la OAP, los Procesos de Nivel Nacional y las Direcciones Territoriales, con el propósito de identificar actividades o acciones que estandaricen el cumplimiento de los requisitos de las Norma Técnica de Seguridad y Salud en el Trabajo. | Dirección Territorial Urabá | 30% | Video de las reuniones por la herramienta Teams |
| SGC | Educar a la mente y que el funcionario o contratista piense antes de lanzar su intervención, permitiendo continuar con la evolución positiva que se está teniendo como equipo de trabajo al interior de la DT., a través de la realización de la segunda fase de la campaña "Lleva la calidad en tu corazón" denominada "transformar para mejorar". Evidencia: Acta de comité de planeación y registro fotográfico. | Dirección Territorial Córdoba | 100% | Encuesta aplicada, presentación y acta de socialización de los resultados. |
| SGSST | A través de mesas de trabajo, socializar a todo el equipo de la DT, el plan de emergencia y las buenas prácticas de la SST y al finalizar realizar una evaluación a través de rondas de preguntas para verificar que tanto se afianzaron los conocimientos. Evidencia: Formato de evaluación forms office. | Dirección Territorial Córdoba | 100% | Acta de reunión del Kaizen y su presentación, y el acta de la mesa de trabajo para la matriz. |
| SGC | Relación de las oficinas de cooperación operacional -Clasificación de las oficinas de cooperación por municipio -Clasificación de las oficinas de cooperación según las acciones a apoyar según su misionalidad | Dirección Territorial Cauca | 100% | Seguimiento Acciones de la Dirección Territorial |

| | | | | |
|---|---|-------------|-------------------|------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 23 de 295 |

| | | | | |
|-------|--|------------------------------|------|---|
| SGSST | Relacionar según el SNARIV los entes territoriales con los que se puede interactuar en materia de implementación de PIRC Convocatorias a SNARIV de tipo nacional con participación de los entes de control en aras al cumplimiento de los compromisos definidos Seguimiento de las ofertas concretadas en los SNARIV definidos de tipo nacional. | Dirección Territorial Cauca | 100% | El SNARIV se establece para los SRC y se programan acorde a las acciones a cumplir con cada uno de ellos. |
| SGC | Organización de los equipos de trabajo de acuerdo con las cargas laborales y necesidades de personal dentro de los procesos. | Dirección Territorial Nariño | 50% | Se anexa acta del 20/10/2021, donde se especifica el detalle de los cambios y vinculaciones durante el periodo noviembre de 2020 a octubre de 2021. |
| SGSST | En las reuniones de COPASST se planifican los temas de SST que se socializaran en reunión quincenales con el equipo de trabajo de la dirección territorial Nariño. | Dirección Territorial Nariño | 100% | actas, listas de asistencia, presentaciones. |

Con el objetivo de fortalecer las acciones expuestas por los 18 procesos y las 20 Direcciones Territoriales, el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo ejecutó actividades transversales en varios de ellos con el objeto de propender por un eficiente sistema de gestión que permita un mantenimiento en la línea del tiempo, así como robustecer la cultura de los Sistemas de Gestión adoptados por la Entidad. Dichas actividades son:

| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

| SISTEMA DE GESTIÓN | ACTIVIDADES PROPUESTAS - COMPROMISOS | AVANCE | EVIDENCIA DEL AVANCE |
|--------------------|---------------------------------------|---|---|
| SGSST | Mejorar los índices de accidentalidad | <p>Gracias a las medidas de control de la accidentalidad ejecutadas en el marco del plan de trabajo de SST se ha reducido la frecuencia de accidentes laborales pasando de 30 AT en 2019 a 12 AT en 2020 lo que evidencia una reducción del 60%;(equivalente a 18 accidentes). En lo corrido del año 2021, se han tenido 12 AT, lo que equivale a una baja del 33%, hasta septiembre 2021 (6 accidentes). Para una mejor interpretación del indicador de frecuencia de accidentalidad se hace el siguiente análisis:</p> <p>Por cada cien 100 trabajadores que laboraron en los meses de enero a septiembre de 2021 la frecuencia de accidentalidad fue de los 0.632 accidentes laborales, sobre un promedio de 1948, colaboradores. En relación con el año inmediatamente anterior, donde por cada mes analizado se presentó un promedio de 0.64 accidentes laborales, se interpreta como una reducción para el año 2021 de 0.01 accidentes (a septiembre). Es probable que la reducción de este indicador este influenciada por la pandemia por COVID-19. Es conclusión, se obtiene una reducción en la tasa de accidentalidad del 3%.</p> <p>Con respecto a la severidad de la accidentalidad, se obtiene un resultado para el año 2019 a partir de un promedio de 19 días perdidos por AT/100 trabajadores por mes, para el año 2020 se obtiene un promedio de 2.2 días perdidos por AT / 100 trabajadores por mes, lo que denota una reducción del 88% equivalente a 17 días disminuidos. A septiembre de 2021, se ha logrado mantener la meta de días perdidos (18 días / 100 trabajadores en el mes), alcanzando un máximo de 3.3 días perdidos en un promedio de 1948 colaboradores.</p> <p>El índice de accidentes mortales para la UARIV se mantiene en 0% para los años de 2019, 2020 y 2021.</p> <p>En cuanto a la prevalencia de enfermedad laboral, este indicador se mantiene estable, ya que se encuentran que, en los periodos de 2019, 2020 y 2021, prevalecen 6 casos de EL nuevos y antiguos.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Estadísticas de accidentalidad - Actualización de ficha técnica de indicadores según resolución 0312 de 2019 - Análisis de indicadores y tendencias para proyección de metas y procedimientos (plan de trabajo anual) de control en periodos de 2019, 2020 y 2021. - Investigaciones de accidentes <p>Acciones implementadas como resultado de las Inspecciones planeadas, inspecciones de seguridad, inspecciones a botiquines y camillas, inspecciones a extintores para las DT: Santander, Nariño, Antioquia, Norte de Santander, Urabá, Eje cafetero, Central (Bogotá, Tolima, Cundinamarca, Boyacá), Llanos Orientales, Putumayo, y nivel central administrativa San Cayetano.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ejecución de actividades en prevención |

| | | | | |
|---|---|-------------|-------------------|------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 25 de 295 |

| | | | |
|-------|---|---|--|
| | | <p>Finalmente, no se tiene incidencia de EL (0 casos nuevos).</p> <p>Para el análisis del indicador de ausentismo laboral, en relación con el año 2019, el porcentaje de días perdidos por baja médica (EC, ATEL) fue del 0.9%, equivalente a 4.232 días/451.217 días de trabajo programados al año, en el 2020 se observa una reducción en el indicador de 0.3 puntos porcentuales, ya que para este año se alcanza un 0.6% de días perdidos por baja médica, correspondiente a 2.676 días/461.351 días de trabajo programados al año y en lo corrido del año 2021 (septiembre), se presenta un indicador igual al del año pasado, de 0.6% de días perdidos, relacionado con 2.015 días perdidos por baja médica/359.348 días de trabajo programados al año.</p> | <p>incluidas en plan de trabajo anual:</p> <p>Capacitaciones en riesgos priorizados, concientización de reconocimiento de peligros y su control</p> <ul style="list-style-type: none"> - Actualización y socialización de matrices de identificación de peligros, valoración de los riesgos y determinación de controles - Reporte de incidentes y seguimiento a acciones correctivas. |
| SGSST | Fortalecer el Sistema de Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo en los territorios | <p>En el fortalecimiento del SGSST, se han desarrolla las siguientes acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consecución de un equipo de trabajo base conformado por 2 profesionales especializados en SST, junto con el equipo de profesionales con licencia en SST que se encuentran asignados a 9 DT a través de contratación por prestación de servicios: Santander, Nariño, Antioquia, Norte de Santander, Urabá, Eje cafetero, Central (Bogotá, Tolima, Cundinamarca, Boyacá), Córdoba y Chocó. • Capacitaciones en metodología estándar con la que cuenta la UARIV para identificación de peligros en los territorios, su aplicación y análisis. • Se ha fortalecido el SGSST a través de las siguientes acciones: Inspecciones planeadas, inspecciones de seguridad, inspecciones a botiquines y camillas, inspecciones a extintores con la participación de los miembros del COPASST y brigadistas de cada territorio, de donde se sustrae la información requerida en la actualización de las matrices de identificación de peligros y planes de emergencia: Santander, Nariño, Antioquia, , Norte de Santander, Urabá, Eje cafetero, Central(Bogotá, Tolima, Cundinamarca, Boyacá), , Llanos Orientales, Putumayo • Actualización de matrices de identificación de peligros, y planes de emergencia con la | <ul style="list-style-type: none"> - Informes de inspecciones Planeadas de las sedes Año 2021 - Correos de envió de invitación a actualización de Matrices de identificación de peligros y Planes de Emergencia - Matrices y planes de emergencia en formatos y documentos normalizados para la UARIV - Convocatorias y reuniones presenciales - Listas de asistencia - Convocatorias y asistencia a reunión por aplicación Teams, con soporte en video. |

| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

| | | | |
|-------|--|---|---|
| | | <p>participación de miembros del COPASST y brigadistas de cada territorio, junto con funcionarios. A través de la metodología de actualización, se revisaron y ajustaron las matrices para 11 DT: Santander, Nariño, Antioquia, Norte de Santander, Urabá, Eje cafetero, Central (Bogotá, Tolima, Cundinamarca, Boyacá), Llanos Orientales, Putumayo, y nivel central administrativa San Cayetano.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se lleva a cabo la primera socialización de la actualización de matrices de identificación de peligros, valoración de los riesgos, y determinación de controles en conjunto con el plan de prevención, preparación y respuesta ante emergencias, para los miembros del COPASST, brigadistas y funcionarios, de 11 DT: Santander, Nariño, Antioquia, Norte de Santander, Urabá, Eje cafetero, Central (Bogotá, Tolima, Cundinamarca, Boyacá), Llanos Orientales, Putumayo, y nivel central administrativa San Cayetano. | |
| SGSST | <p>Fortalecer las actividades del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo en todo el territorio nacional</p> <p>Aumentar el recurso humano de Seguridad y salud en el trabajo en el territorio, de forma que permita fortalecer la presencia y la correcta ejecución de las actividades de seguridad y salud en el trabajo en todo el territorio nacional.</p> | <p>Contratación de 9 profesionales con licencia en SST que se encuentran asignados a igual número de DT: Santander, Nariño, Antioquia, Norte de Santander, Urabá, Eje cafetero, Central (Bogotá, Tolima, Cundinamarca, Boyacá), Córdoba y Chocó. Estos profesionales de acuerdo con lo exigido en el decreto 1072 y la resolución 0312 de 2019, cuentan con los requerimientos legales y desarrollan las actividades puntuales diseñadas en el plan de trabajo anual y los planes de ejecución para cada DT. Así mismo han acercado el SGSST a los CLAV, CRAV y a las sedes de las DT en los que prestan sus servicios.</p> <p>Así mismo, se realizaron inspecciones planeadas a las nuevas sedes administrativas de la DTC en Ibagué y Bogotá, DT Putumayo en Mocoa, con el fin de determinar elementos de seguridad, emergencias y salud requeridos para su funcionamiento.</p> | <p>- Contratos - Informe de gestión de cada profesional</p> |

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|---|--|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

Como seguimiento al cumplimiento de estas acciones definidas por los procesos durante la vigencia, se puede establecer que su porcentaje de avance para los dos sistemas de gestión implementados y certificados durante el 2020 es de 91%, siendo el mismo porcentaje para el Sistema de Gestión de Calidad que para el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Para los Sistemas de Gestión que se implementan durante esta vigencia 2021, que igualmente están buscando la certificación, y que tenían compromisos para la presente vigencia, se encuentra el Sistema de Gestión de Seguridad de la Información:

| SISTEMA DE GESTIÓN | ACTIVIDADES PROPUESTAS - COMPROMISOS | PROCESO RESPONSABLE | % DE AVANCE | EVIDENCIA DEL AVANCE |
|--------------------|--|---------------------------|---|---|
| SGSI | Identificar activos sensibles en términos de confidencialidad, integridad y disponibilidad | Gestión de la Información | 90% | Durante la vigencia 2020 se identificaron 359 activos críticos, es decir sensibles en términos de confidencialidad, integridad y disponibilidad. Para la vigencia 2021, a corte de septiembre de 2021 se han identificado 562 activos críticos, los cuales durante el mes de octubre de 2021 se adelanta la oficialización de estos a través de la revisión y retroalimentación de la Oficina Asesora Jurídica, en lo que respecta al sustento legal de la clasificación de los activos. |
| SGSI | Identificar riesgos de seguridad | Gestión de la Información | Vigencia 2020: 100% Vigencia 2021: 5,56% | Durante el año 2020 se identificaron 21 riesgos de seguridad de la información en los 18 procesos de la Entidad, en el marco de la metodología establecida por la Oficina Asesora de Planeación para dicha vigencia. Ver mapa de riesgos institucional Durante el año 2021, se ha avanzado en la identificación de nuevos riesgos de seguridad de la información, teniendo en cuenta la metodología actualizada por la Oficina Asesora de Planeación durante el mes de septiembre de 2021 y acogiendo los hallazgos identificados en la autoevaluación realizada en el SGSI durante el mes de julio de 2021. El avance se ha realizado en el proceso |

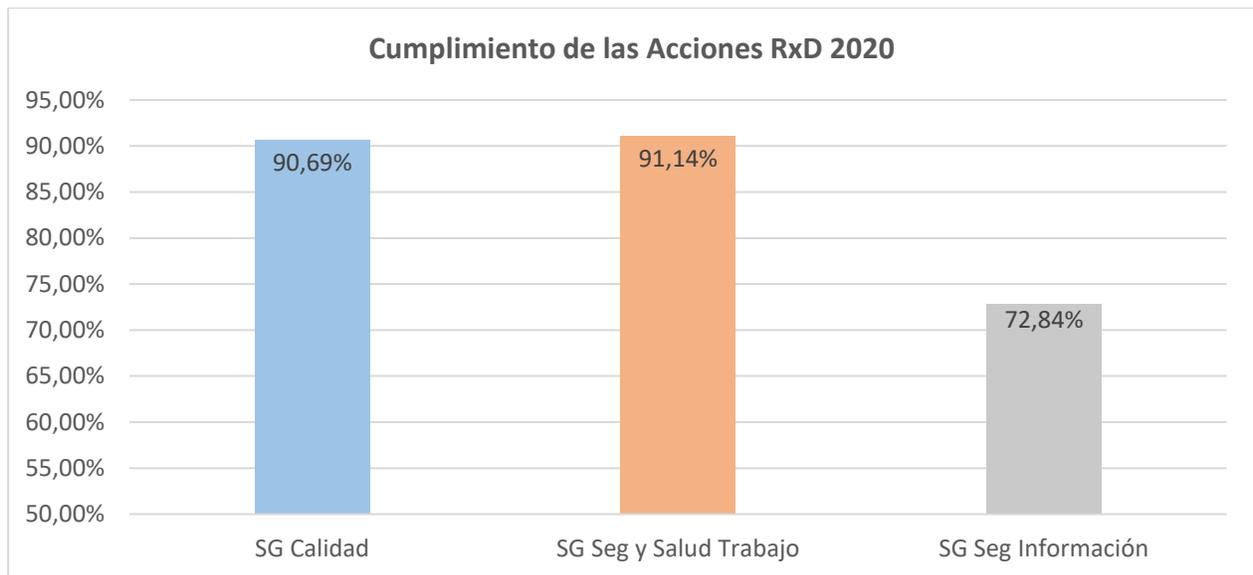
| | | | | |
|---|---|-------------|-------------------|------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 28 de 295 |

| | | | | |
|------|--|---------------------------|-------|--|
| | | | | Gestión de la Información, el cual se ha priorizado para esta nueva iteración en la identificación de riesgos. |
| SGSI | Identificar controles existentes (SOA) (Riesgos) (Instrumento MinTIC) | Gestión de la Información | 90% | Cada proceso de la Entidad, en el nivel central, ha identificado los riesgos relacionados con seguridad de la información en la vigencia 2020. Según la metodología utilizada, por cada riesgo se identifican los controles existentes que permiten la reducción del riesgo inherente, generando el nivel de riesgo residual. A corte septiembre de 2021, el equipo de seguridad de la Oficina de Tecnologías de la Información avanza en el diligenciamiento de la Declaración de Aplicabilidad de Controles, con base en el Anexo A de la Norma ISO/IEC 27001:2013. En el análisis realizado, se identifica que no hay exclusiones respecto a los 114 controles de dicha norma. |
| SGSI | Identificar e implementar nuevos controles requeridos en el marco de la gestión del riesgo | Gestión de la Información | 78,2% | En el marco del plan de tratamiento de riesgos de seguridad de la información 2020-2021, se identificaron 17 planes de tratamiento a riesgos priorizados para seguimiento, del total de 20 registrados en el mapa de riesgos institucional. De estos planes de tratamiento priorizados se registra el avance del 78,2% en la implementación a corte septiembre de 2021. Los planes de tratamiento que no han finalizado su implementación serán evaluados en la nueva iteración de identificación de riesgos de seguridad de la información, con base en la metodología de administración de riesgos actualizada en el mes de septiembre de 2021, lo cual permitirá identificar las acciones a adelantar. |

Estas acciones del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información permiten establecer un porcentaje de avance promedio de cumplimiento de 73%.

| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

En la siguiente gráfica se sintetiza el cumplimiento de las acciones – compromisos por cada uno de los Sistemas de Gestión. Para el sistema de Gestión de Calidad se tiene un avance promedio de 90.7%, para el sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo un avance promedio de 91.4% y para el sistema de Seguridad de la Información un avance promedio de 72.8%.



Esto nos lleva a tener un avance promedio total de las acciones de la revisión por la dirección del año 2020 de 85%.

b) Los cambios en las cuestiones externas e internas que sean pertinentes al SGC.

- **Riesgos Materializados.**

Durante el periodo 2021 al tercer trimestre se han materializaron 18 riesgos en procesos del Nivel Nacional y 4 riesgos en las Direcciones Territoriales. Dando cumplimiento a el Procedimiento de Administración de Riesgos y La Metodología de Administración de riesgos de la Unidad los procesos que reportaron riesgos materializados generan acciones correctivas con el objetivo de tomar acciones frente a las causas del riesgo, estas acciones son ingresadas al aplicativo SISGESTION y aprobadas por las Oficina Asesora de Planeación como parte de la gestión frente a los riesgos materializados.

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|---|--|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

| Tipo de riesgo | Riesgo | Proceso | Enero - Marzo | Abril - Junio | Julio - Septiembre | Octubre - Diciembre | Total general |
|-----------------------------------|--|------------------------------|---------------|---------------|--------------------|---------------------|---------------|
| Operativo | Inoportunidad en las respuestas de las solicitudes realizadas por las víctimas | SERVICIO AL CIUDADANO | 1 | 1 | 1 | | 3 |
| | Incumplimiento en los términos de la notificación de las actuaciones administrativas | SERVICIO AL CIUDADANO | 1 | 1 | 1 | | 3 |
| | Incumplimiento en los términos establecidos por la ley para la valoración de las solicitudes de inscripción en el Registro Único de Víctimas - RUV que cuenten con los requisitos mínimos. | REGISTRO Y VALORACION | 1 | 1 | 1 | | 3 |
| | Incumplimiento en el tiempo de respuesta. | REGISTRO Y VALORACION | | 1 | 1 | | 2 |
| | Inoportunidad en la entrega de cartas de indemnización administrativa | CAQUETA- HUILA | 1 | | | | 1 |
| | Realizar estrategias complementarias como jornadas de atención y/o ferias y servicios | META - LLANOS ORIENTALES | | | 1 | | 1 |
| | Imposibilidad de realizar las estrategias complementarias como jornadas de atención y/o ferias de servicios | PUTUMAYO | | 1 | | | 1 |
| Corrupción | Uso inadecuado de la información por parte de servidores y/o terceros de la Dt con el objetivo de obtener un beneficio propio | NARIÑO | | 1 | | | 1 |
| Seguridad de la Información | Pérdida parcial o total de la Confidencialidad, integridad y/o Disponibilidad de los sistemas de información y/o la información registrada en documento físico o digital. | GESTIÓN DOCUMENTAL | | | 1 | | 1 |
| Publico/Seguridad en las personas | Amenaza interna o externa a servidor público en desarrollo de sus funciones o actividades | DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO | | | 2 | | 2 |
| Seguridad y salud en el trabajo | Afectación de la integridad de las personas por la ocurrencia de accidentes de trabajo | TALENTO HUMANO | 1 | | 1 | | 2 |
| | Materialización de sintomatologías en riesgos de salud pública (cardiovascular, psicosocial, visual, biomecánico o DME, biológico (epidemias o pandemias)) | TALENTO HUMANO | 1 | 1 | | | 2 |
| Total general | | | 6 | 7 | 9 | | 22 |

c) Tendencia de la satisfacción del cliente y la retroalimentación de las partes interesadas pertinentes.

De acuerdo con la norma técnica de calidad ISO 9001:2015, es requisito medir la satisfacción de las partes interesadas (para este caso "Víctimas del Conflicto Armado"). La Unidad para la atención y reparación integral a las Víctimas cuenta con tres canales de atención por medio de los cuales la población víctima puede acceder a los servicios brindados, a partir de esto, se remiten los resultados de la medición

| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

realizada durante el primer semestre del año 2021 para el canal de atención escrito, presencial y canal telefónico y virtual. Este documento presenta los resultados de las encuestas de satisfacción realizadas durante los meses de enero a junio 2021 de la prestación de los servicios brindados.

Resultados Encuesta de Satisfacción Canal Escrito

1. **OBJETIVO:** Determinar la satisfacción del usuario con respecto a la respuesta brindada a las peticiones, quejas, reclamos y denuncias realizadas a la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las víctimas.
2. **ALCANCE:** Este procedimiento aplica para todas las personas, Entidades privadas o públicas que solicitan información y/o elevan una consulta, queja, reclamo o denuncia ante el canal escrito del grupo de servicio al ciudadano de la Unidad para las Víctimas.
3. **INSTRUMENTO DE MEDICIÓN:** Estadística sobre de la información arrojada por la encuesta publicada en la página Web de la Entidad y suministrada por la Oficina de Comunicaciones.
4. **MUESTRA:** Se determina de acuerdo con las encuestas diligenciadas mensualmente de tal forma que se pueda garantizar en el análisis estadístico la percepción de los ciudadanos, por tal razón no se determina un margen de error porque la población es la que determina la muestra.

En el momento y debido a que el ingreso de las partes interesadas para la encuesta es mínimo, el informe se efectúa con el total de las encuestas contestadas durante el primer semestre (enero –junio) de 2021.

5. **TABULACIÓN:** La muestra corresponde a 963 encuestas, aplicadas así;

- Para el mes de enero 216 encuestas
- Para el mes de febrero 167 encuestas
- Para el mes de marzo 145 encuestas
- Para el mes de abril 142 encuestas
- Para el mes de mayo 141 encuestas
- Para el mes de junio 152 encuesta

| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

5.1. La encuesta de satisfacción aplicada para todas las personas, entidades privadas o públicas que solicitan información y/o elevan una consulta, queja, reclamo o denuncia ante el canal escrito del grupo de servicio al ciudadano de la unidad para las víctimas, cuenta con las siguientes preguntas:

- A. ¿Considera que la respuesta a su solicitud fue clara?
- B. Considera que el tiempo de respuesta a su solicitud fue:

RESULTADOS

- A. Con relación a la pregunta; ¿Considera que la respuesta a su solicitud fue clara? se encuentra que de las 963 encuestas tramitadas; 262 personas consideraron no ser clara la respuesta, 698 personas consideraron ser clara y 3 personas no dieron respuesta, como se evidencia en la distribución porcentual:



- B. Con relación al tiempo de respuesta a la solicitud, se encuentra que de las 963 encuestas tramitadas; 722 personas consideraron ser adecuada y 241 personas consideraron ser inadecuada, como se evidencia en la distribución porcentual:

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|---|-------------|-------------------|------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | | | |
| PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 33 de 295 |



Resultados Encuesta de Satisfacción Canal Presencial

El canal de atención presencial de la Unidad para las Víctimas en su búsqueda constante de lograr dentro del marco de la atención la satisfacción para los ciudadanos que asisten y/o consultan los Puntos de Atención y Centros Regionales generó la aplicación de la encuesta de satisfacción telefónica a partir de febrero de 2020. La medición y el análisis de los resultados permitirán identificar las fortalezas y oportunidades de mejora que conlleven a optimizar la prestación del servicio en el marco de la atención.

Debido a la emergencia sanitaria decretada por el gobierno nacional surge la necesidad de implementar una nueva metodología que permita continuar evaluando los niveles de satisfacción de los ciudadanos.

El siguiente informe está basado en la suministrada por los ciudadanos durante el primer semestre del presente año, abarcando los meses de enero a junio (con recopilando un total de 106.405 encuestas de satisfacción efectivas).

1. Objetivo de la medición: Medir el nivel de satisfacción de los ciudadanos y población víctima con relación a los procesos de atención y servicio de la Unidad para las Víctimas, por medio de la aplicación de encuestas que permitan adelantar acciones para fortalecer la prestación del servicio.

2. Característica de la encuesta: Encuesta estructurada y estandarizada

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|---|--|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

de 7 preguntas, orientada a evaluar tres bloques: BLOQUE ORIENTADOR: Prestación del servicio por parte del colaborador, BLOQUE IMAGEN INSTITUCIONAL: La percepción de las partes interesadas frente a la imagen general de la Unidad para las Víctimas y BLOQUE INFORMACIÓN: Características de la información para identificar si los ciudadanos conocen los requisitos de los trámites consultados.

Cabe resaltar que durante el primer semestre el BLOQUE IMAGEN no se abordó debido a la emergencia sanitaria decretada por el Gobierno Nacional y al cierre de los Puntos de Atención y/o Centros Regionales, teniendo en cuenta que este bloque está compuesto por preguntas que hacen referencia a la organización de filas y a la presentación personal por parte del orientador y/o notificador.

- 3. Cobertura:** La medición se realiza a nivel nacional siempre y cuando se cuente con operación vigente para la prestación del servicio.
- 4. Frecuencia de la aplicación:** La frecuencia de medición es diaria, los resultados se presentan para los meses de enero a junio, y se aplican a partir de la muestra definida en el numeral 6.

A continuación, se relaciona la cantidad de encuestas aplicadas por mes durante el primer semestre del año:

| MES | CANTIDAD | % |
|----------------------|----------------|----------------|
| ENERO | 15.105 | 14,20% |
| FEBRERO | 19.575 | 18,40% |
| MARZO | 29.098 | 27,35% |
| ABRIL | 18.367 | 17,26% |
| MAYO | 16.278 | 15,30% |
| JUNIO | 7.982 | 7,50% |
| Total general | 106.405 | 100,00% |

5. Muestra

- 5.1 Población objetivo:** Ciudadanos y población víctima mayores de edad, incluidas en el RUV y atendidas por el canal Presencial que debido a la Emergencia decretada por el Gobierno Nacional se han diseñado diferentes Estrategias mediante las cuales los orientadores y/o notificadores atienden

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|---|--|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

de manera telefónica desde sus casas.

5.2 Tipo de muestreo: Probabilístico.

5.3 Tamaño de la muestra: Promedio variable.

5.4 Distribución de la muestra: Se realizarán 225.000 encuestas anuales.

6. Descripción de la encuesta

A continuación, se describe el modelo de encuesta de satisfacción aplicada y su clasificación:

| ENCUESTA DE SATISFACCIÓN | | CALIFICACIÓN | | | | |
|--------------------------|--|--------------|------|---------|---------|----------|
| CLASIFICACIÓN | PEGUNTA | Bueno | Malo | Regular | SI / NO | PROMEDIO |
| Bloque orientador | 1. ¿Cómo califica el servicio del funcionario que lo atendió (orientador y/o notificador) respecto a si lo saludo, se despidió, utilizó frases de cortesía y amabilidad? | | | | | |
| | 2. ¿Cómo califica la atención frente a la información brindada, fue clara y completa? | | | | | |
| | 3. ¿Le informaron el número de radicado de la solicitud tramitada (ID) SI o No? | | | | | |
| | 4. ¿El funcionario que lo atendió (orientador y/o notificador) le solicitó algún cobro en dinero o en especie? ¿SI o No? | | | | | |

| | | | | | | |
|---------------|--|--|--|--|--|--|
| Bloque imagen | 5. ¿El funcionario que lo atendió (orientador y/o notificador) portaba chaleco y carnet que lo identificará? ¿SI o No? | | | | | |
| | 6. ¿Como califica la organización de las filas y entrega de fichas antes de ingresar al Punto de Atención y/o Centro Regional? | | | | | |

| | | | | |
|---|---|-------------|-------------------|------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 36 de 295 |

| | | | | | | |
|--------------------|---|--|--|--|--|--|
| Bloque información | 7. ¿Usted conocía los requisitos para el trámite que realizó? | | | | | |
|--------------------|---|--|--|--|--|--|

6.1 Bloque Orientador

El Bloque Orientadores compone de cuatro (4) preguntas, las cuales calculan el nivel de satisfacción de los ciudadanos encuestados con respecto a la atención brindada por los orientadores y/o notificadores.

Evalúa específicamente la atención con ítems como: amabilidad, actitud, claridad de la información otorgada y transparencia de proceso. Las preguntas son:

¿Cómo califica el servicio del funcionario que lo atendió (orientador y/o notificador) respecto a si lo saludo, se despidió, utilizó frases de cortesía y amabilidad?

Respuesta: BUENO – REGULAR – MALO

¿Cómo califica la atención frente a la información brindada, fue clara y completa?

Respuesta: BUENO – REGULAR – MALO

¿Le informaron el número de radicado de la solicitud tramitada (ID)? Respuesta: SI –NO-NO RECUERDA

¿El funcionario que lo atendió (orientador y/o notificador) le solicitó algún cobro en dinero o en especie? Respuesta: SI O NO

6.2 Bloque imagen

El Bloque Imagen consta de dos (2) preguntas, las cuales calculan el nivel de satisfacción de los ciudadanos encuestados con respecto a la presentación personal e imagen institucional de los orientadores y/o notificadores, así mismo evalúa la organización de las filas y entrega de fichas en los Puntos de Atención y/o Centros Regionales.

Las preguntas son:

¿El funcionario que lo atendió (orientador y/o notificador) portaba chaleco y carné que lo identificará? Respuesta: SI O NO

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|--|-------------|-------------------|------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | | | |
| PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 37 de 295 |

¿Cómo califica la organización de las filas y entrega de fichas antes de ingresar al Punto de Atención y/o Centro Regional?

Respuesta: BUENO – REGULAR – MALO

Sin embargo, para el primer semestre no se realizaron estas preguntas dentro de la encuesta, toda vez que la atención fue telefónica.

6.3 Bloque información

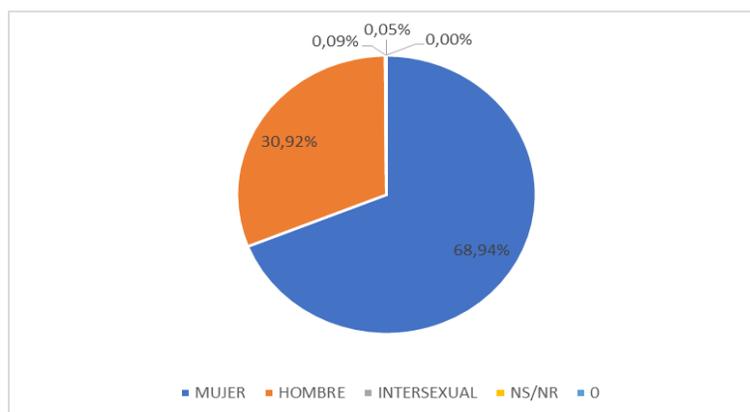
El Bloque Información consta de una (1) pregunta, la cual identifica el conocimiento de los ciudadanos respecto de los trámites consultados en los Puntos de Atención y Centros Regionales.

¿Usted conocía los requisitos para el trámite que realizó? Respuesta: SI O NO.

7. Identificación

El tamaño de la muestra efectiva fue de 106.405 ciudadanos, entre la población encuestada se observó lo siguiente:

7.1 Género: El 68.94% de la población encuestada son mujeres correspondientes a 73.356, el 30.92% correspondiente a 32.904 son hombres, el 0.09% intersexual correspondiente a 95 ciudadanos y el

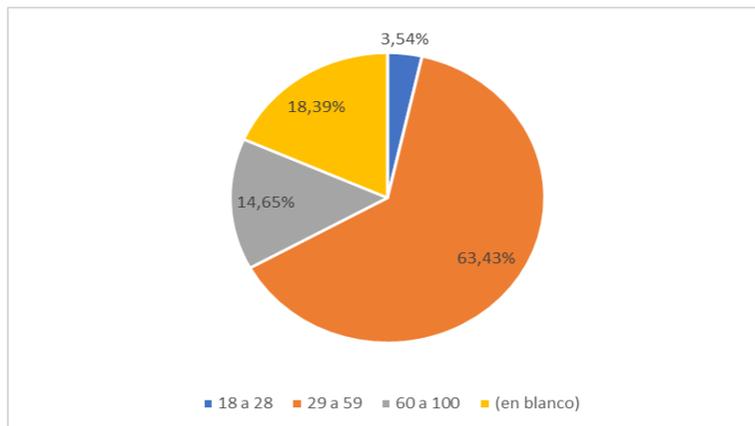


0.05% correspondiente a 49 ciudadanos no sabe – no responde.

Fuente: Encuestas aplicadas en territorio

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|---|--|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

7.2 Edad: El 63.43% de los ciudadanos encuestados correspondiente a 67.489 son adultos de 29 a 59 años, el 14.65% correspondiente a 15.586 son adultos mayores en un rango de edad de 60 a 100 años y el 3.54% corresponde a 3.767 ciudadanos jóvenes de 18 a 28 años.



Fuente: Encuestas aplicadas en territorio

Clasificación del ciclo de vida

| EDADES | Grupo |
|----------|------------------|
| 0 a 5 | Primera Infancia |
| 6 a 11 | Niñez |
| 12 a 17 | Adolescencia |
| 18 a 28 | Jóvenes |
| 29 a 59 | Adulto |
| 60 a 100 | Persona Mayor |

7.3 Motivos de solicitud: Entre la población encuestada se realizó una validación sobre las principales solicitudes en los Puntos de Atención y/o Centros Regionales y las líneas de atención durante el primer semestre del 2021, lo cual arrojó como resultado:

| MES | TIPO DE SOLICITUD | CANT | % |
|-----|--|-------|-------|
| | SOLICITUD DE ATENCION HUMANITARIA | 3.876 | 4,46% |
| | REGISTRO-MODIFICACION DATOS DE CONTACTO - LEY 387/1448 | 3.212 | 3,70% |

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|---|--|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

| | | | |
|----------------|---|-------|--------|
| ENERO | ATENCION HUMANITARIA-INFORMACION MEDICION DE CARENCIAS-INFORMACION TURNO DE ATENCION | 1.929 | 2,22% |
| | IDENTIFICACION LEY 387/1448/418/DEC1290 | 911 | 1,05% |
| | REGISTRO-CONTACTO TELEFONICO | 733 | 0,84% |
| | GSC-NOTIFICACIONES - YA FUE NOTIFICADO - GSC | 580 | 0,67% |
| | ATENCION HUMANITARIA-AGENDAMIENTO ENTREVISTA UNICA DE CARACTERIZACIÓN NO PRESENCIAL | 568 | 0,65% |
| | GSC-ACTUALIZACION DATOS DE CONTACTO ACTO ADMINISTRATIVO PENDIENTES POR NOTIFICAR | 462 | 0,53% |
| | GSC ENTREGA ACTO ADMINISTRATIVO (DGSH-REPARACION-REGISTRO-OAJ) | 446 | 0,51% |
| | UNIDAD EN LINEA | 372 | 0,43% |
| FEBRERO | SOLICITUD DE ATENCION HUMANITARIA | 5.480 | 6,31% |
| | REGISTRO-MODIFICACION DATOS DE CONTACTO - LEY 387/1448 | 2.845 | 3,28% |
| | ATENCION HUMANITARIA-INFORMACION MEDICION DE CARENCIAS-INFORMACION TURNO DE ATENCION | 2.270 | 2,61% |
| | IDENTIFICACION LEY 387/1448/418/DEC1290 | 1.234 | 1,42% |
| | GSC-NOTIFICACIONES - YA FUE NOTIFICADO - GSC | 967 | 1,11% |
| | REGISTRO-CONTACTO TELEFONICO | 856 | 0,99% |
| | UNIDAD EN LINEA | 749 | 0,86% |
| | ATENCION HUMANITARIA-AGENDAMIENTO ENTREVISTA UNICA DE CARACTERIZACIÓN NO PRESENCIAL | 748 | 0,86% |
| | GSC-ACTUALIZACION DATOS DE CONTACTO ACTO ADMINISTRATIVO PENDIENTES POR NOTIFICAR | 685 | 0,79% |
| | ATENCION HUMANITARIA-ACTO ADMINISTRATIVO NOTIFICADO-ENTREGA COPIA | 414 | 0,48% |
| MARZO | SOLICITUD DE ATENCION HUMANITARIA | 9.906 | 11,41% |
| | ATENCION HUMANITARIA-INFORMACION MEDICION DE CARENCIAS INFORMACION TURNO DE ATENCION. | 3.288 | 3,79% |
| | IDENTIFICACION LEY 387/1448/418/DEC1290 | 1.993 | 2,29% |
| | REGISTRO-MODIFICACION DATOS DE CONTACTO - LEY 387/1448 | 1.803 | 2,08% |
| | GSC-NOTIFICACIONES - YA FUE NOTIFICADO - GSC | 1.491 | 1,72% |
| | ATENCION HUMANITARIA-AGENDAMIENTO ENTREVISTA UNICA DE CARACTERIZACIÓN NO PRESENCIAL | 1.369 | 1,58% |
| | UNIDAD EN LINEA | 1.324 | 1,52% |

| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

| | | | |
|--------------|--|-------|-------|
| | GSC-ACTUALIZACION DATOS DE CONTACTO ACTO ADMINISTRATIVO PENDIENTES POR NOTIFICAR | 747 | 0,86% |
| | GSC ENTREGA ACTO ADMINISTRATIVO (DGSH-REPARACION-REGISTRO-OAJ) | 710 | 0,82% |
| | REGISTRO-CONTACTO TELEFONICO | 672 | 0,77% |
| ABRIL | SOLICITUD DE ATENCION HUMANITARIA | 6.544 | 7,53% |
| | ATENCION HUMANITARIA-INFORMACION MEDICION DE CARENCIAS-INFORMACION TURNO DE ATENCION | 1.899 | 2,19% |
| | GSC-NOTIFICACIONES - YA FUE NOTIFICADO - GSC | 963 | 1,11% |
| | ATENCION HUMANITARIA-AGENDAMIENTO ENTREVISTA UNICA DE CARACTERIZACIÓN NO PRESENCIAL | 932 | 1,07% |
| | REGISTRO-MODIFICACION DATOS DE CONTACTO - LEY 387/1448 | 842 | 0,97% |
| | IDENTIFICACION LEY 387/1448/418/DEC1290 | 835 | 0,96% |
| | GSC ENTREGA ACTO ADMINISTRATIVO (DGSH-REPARACION-REGISTRO-OAJ) | 813 | 0,94% |
| | OFERTA INSTITUCIONAL-VIVIENDA | 681 | 0,78% |
| | UNIDAD EN LINEA | 645 | 0,74% |
| | GSC-ACTUALIZACION DATOS DE CONTACTO ACTO ADMINISTRATIVO PENDIENTES POR NOTIFICAR | 526 | 0,61% |
| MAYO | SOLICITUD DE ATENCION HUMANITARIA | 4.843 | 5,58% |
| | SAAH - PRESENCIAL ATENCION NO EFECTIVA | 1.434 | 1,65% |
| | ATENCION HUMANITARIA-INFORMACION MEDICION DE CARENCIAS-INFORMACION TURNO DE ATENCION | 1.379 | 1,59% |
| | IDENTIFICACION LEY 387/1448/418/DEC1290 | 890 | 1,02% |
| | GSC-NOTIFICACIONES - YA FUE NOTIFICADO - GSC | 838 | 0,96% |
| | GSC ENTREGA ACTO ADMINISTRATIVO (DGSH-REPARACION-REGISTRO-OAJ) | 794 | 0,91% |
| | UNIDAD EN LINEA | 794 | 0,91% |

| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

| | | | |
|--------------|--|-------|---------------|
| | GSC-ACTUALIZACION DATOS DE CONTACTO ACTO ADMINISTRATIVO PENDIENTES POR NOTIFICAR | 733 | 0,84% |
| | REGISTRO-MODIFICACION DATOS DE CONTACTO - LEY 387/1448 | 697 | 0,80% |
| | ATENCION HUMANITARIA-AGENDAMIENTO ENTREVISTA UNICA DE CARACTERIZACIÓN NO PRESENCIAL | 574 | 0,66% |
| JUNIO | SOLICITUD DE ATENCION HUMANITARIA | 2.274 | 2,62% |
| | ATENCION HUMANITARIA-INFORMACION MEDICION DE CARENCIAS-INFORMACION TURNO DE ATENCION | 909 | 1,05% |
| | UNIDAD EN LINEA | 688 | 0,79% |
| | GSC ENTREGA ACTO ADMINISTRATIVO (DGSH-REPARACION-REGISTRO-OAJ) | 593 | 0,68% |
| | IDENTIFICACION LEY 387/1448/418/DEC1290 | 531 | 0,61% |
| | GSC-NOTIFICACIONES - YA FUE NOTIFICADO - GSC | 473 | 0,54% |
| | REGISTRO-MODIFICACION DATOS DE CONTACTO - LEY 387/1448 | 340 | 0,39% |
| | GSC-ACTUALIZACION DATOS DE CONTACTO ACTO ADMINISTRATIVO PENDIENTES POR NOTIFICAR | 307 | 0,35% |
| | ATENCION HUMANITARIA-AGENDAMIENTO ENTREVISTA UNICA DE CARACTERIZACIÓN NO PRESENCIAL | 270 | 0,31% |
| | INCONFORMIDAD MONTOS MODELO CARACTERIZACION E INFORMACION DE MEDICION DE CARENCIAS | 173 | 0,20% |
| | Total general | | 86.854 |

Durante el primer semestre se llevaron a cabo atenciones mixtas, es decir algunos Puntos de Atención generaron reapertura para atención presencial y también se llevó a cabo atención telefónica desde casa. Las solicitudes que más prevalecen corresponden a atención humanitaria, gestión de novedades y entrega de Actos Administrativos.

8. Población objetivo

Para la realización de la encuesta de satisfacción se recibieron un total de 173.818 registros, de los cuales se registró contactabilidad del 61%.

| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

| Gestión | | |
|----------------|----------------|-------------|
| Contacto | 106.405 | 61% |
| No Contacto | 67.413 | 39% |
| Total | 173.818 | 100% |

9. Análisis de resultados

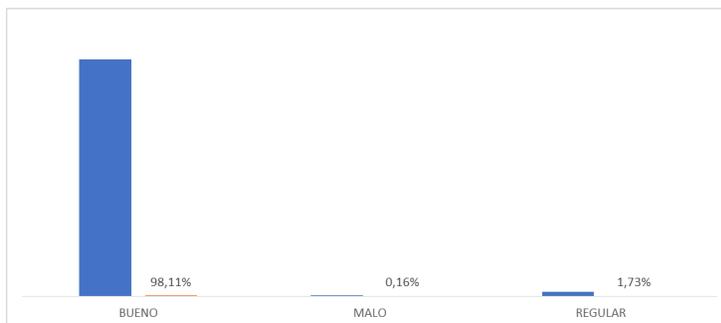
9.1 Bloque Orientador

El bloque orientador consta de cuatro (4) preguntas, el resultado global fue:

Pregunta 1:

¿Cómo califica el servicio del funcionario que lo atendió (orientador y/o notificador) respecto a si lo saludo, se despidió, utilizó frases de cortesía y amabilidad?

El 98.11% de la población encuestada equivalente a 104.392 ciudadanos, calificó la pregunta N° 1 como "BUENO", el 1.73% correspondiente a 1.840 ciudadanos calificaron "REGULAR" y el 0.16% correspondiente a 173 calificaron "MALO".



Fuente: Encuestas aplicadas en territorio

Realizando el comparativo por Dirección Territorial, resaltan por su calificación: Cesar Guajira y Atlántico, con una puntuación "BUENO" por encima del 98,50%.

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|---|--|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

Cabe resaltar que ninguna de las Direcciones Territoriales tuvo una calificación menor del 96%.

| PREGUNTA 1 | BUENO |
|---|---------------|
| DIRECCION TERRITORIAL CESAR Y LA GUAJIRA | 98,61% |
| DIRECCION TERRITORIAL ATLANTICO | 98,58% |
| DIRECCION TERRITORIAL ANTIOQUIA | 98,49% |
| DIRECCION TERRITORIAL MAGDALENA | 98,47% |
| DIRECCION TERRITORIAL CAQUETA Y HUILA | 98,45% |
| DIRECCION TERRITORIAL MAGDALENA MEDIO | 98,44% |
| DIRECCION TERRITORIAL BOLIVAR | 98,42% |
| DIRECCION TERRITORIAL META Y LLANOS ORIENTALES | 98,29% |
| DIRECCION TERRITORIAL CHOCO | 98,26% |
| DIRECCION TERRITORIAL NORTE DE SANTANDER Y ARAUCA | 98,18% |
| DIRECCION TERRITORIAL CENTRAL | 98,16% |
| DIRECCION TERRITORIAL CORDOBA | 98,05% |
| DIRECCION TERRITORIAL CAUCA | 97,91% |
| DIRECCION TERRITORIAL SANTANDER | 97,80% |
| DIRECCION TERRITORIAL EJE CAFETERO | 97,78% |
| DIRECCION TERRITORIAL VALLE | 97,57% |
| DIRECCION TERRITORIAL URABA | 97,46% |
| DIRECCION TERRITORIAL NARIÑO | 97,35% |
| DIRECCION TERRITORIAL PUTUMAYO | 97,06% |
| DIRECCION TERRITORIAL SUCRE | 96,69% |
| Total general | 98,11% |

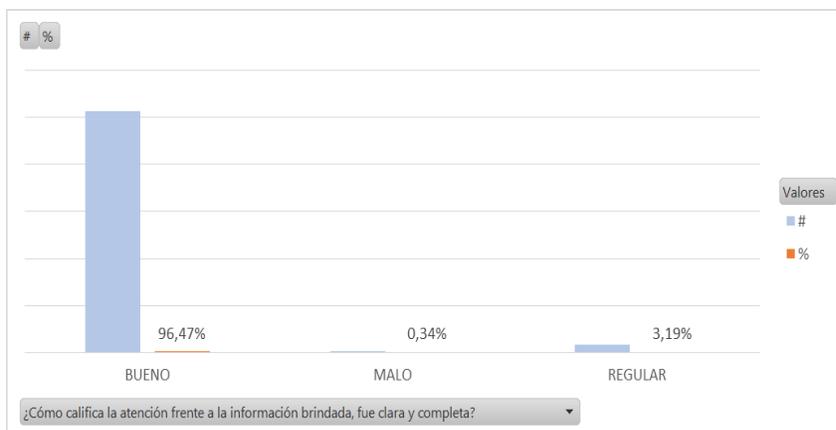
Pregunta 2:

¿Cómo califica la atención frente a la información brindada, fue clara y completa?

El promedio general obtenido en la segunda pregunta es 96.47% equivalente a 102.645 ciudadanos.

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|---|-------------|-------------------|------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | | | |
| PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 44 de 295 |

calificando como "BUENO" la información brindada por parte del orientador, el 3.19% equivalente a 3.399 ciudadanos la calificaron como "REGULAR" y un 0.34% equivalente a 361 ciudadanos calificaron "MALO".



Fuente: Encuestas aplicadas en territorio

Se destacan las Direcciones Territoriales de Magdalena, Antioquia y Chocó con una calificación de "BUENO" mayor a 97%.

Cabe resaltar que ninguna de las Direcciones Territoriales tuvo una calificación menor del 95%.

| PREGUNTA 2 | BUENO |
|--|--------|
| DIRECCION TERRITORIAL MAGDALENA | 97,26% |
| DIRECCION TERRITORIAL ANTIOQUIA | 97,16% |
| DIRECCION TERRITORIAL CHOCO | 97,15% |
| DIRECCION TERRITORIAL CESAR Y LA GUAJIRA | 96,99% |
| DIRECCION TERRITORIAL META Y LLANOS ORIENTALES | 96,92% |
| DIRECCION TERRITORIAL ATLANTICO | 96,88% |
| DIRECCION TERRITORIAL CAQUETA Y HUILA | 96,81% |
| DIRECCION TERRITORIAL CORDOBA | 96,71% |
| DIRECCION TERRITORIAL BOLIVAR | 96,66% |
| DIRECCION TERRITORIAL CAUCA | 96,37% |
| DIRECCION TERRITORIAL CENTRAL | 96,37% |

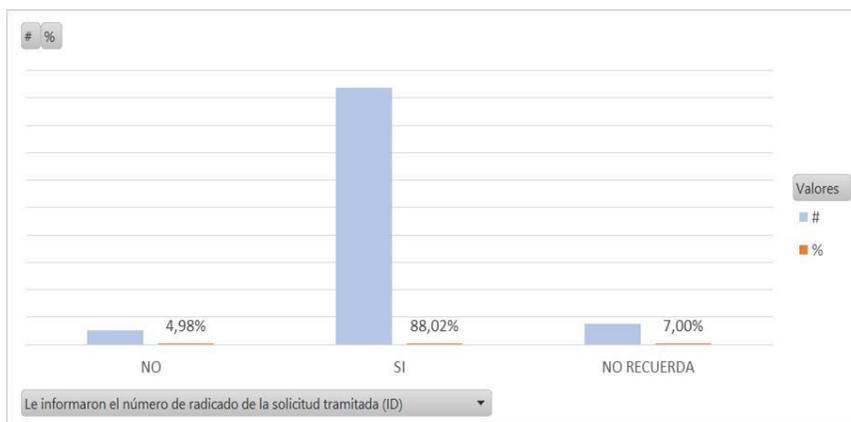
| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|---|--|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

| | |
|---|---------------|
| DIRECCION TERRITORIAL MAGDALENA MEDIO | 96,33% |
| DIRECCION TERRITORIAL NORTE DE SANTANDER Y ARAUCA | 96,25% |
| DIRECCION TERRITORIAL NARIÑO | 96,14% |
| DIRECCION TERRITORIAL URABA | 96,09% |
| DIRECCION TERRITORIAL VALLE | 95,85% |
| DIRECCION TERRITORIAL SANTANDER | 95,78% |
| DIRECCION TERRITORIAL EJE CAFETERO | 95,50% |
| DIRECCION TERRITORIAL PUTUMAYO | 95,34% |
| DIRECCION TERRITORIAL SUCRE | 94,80% |
| Total general | 96,47% |

Pregunta 3:

¿Le informaron el número de radicado de la solicitud tramitada (ID)?

De la población encuestada el 88.02% equivalente a 93.662 ciudadanos encuestados afirmó que le realizaron la entrega del número de radicado, el 4.98% equivalente a 5.298 ciudadanos manifestó que no le entregaron el número del radicado y el 7.00% correspondiente a 7.445 ciudadanos, no recuerda.



Fuente: Encuestas aplicadas en territorio

Se destaca la puntuación de la Dirección Territorial de Atlántico con una puntuación del 90.55% correspondiente a 2.874 ciudadanos.

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|---|--|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

Las Direcciones Territoriales con el promedio más bajo corresponde a Sucre 85.47% correspondiente a 1.13

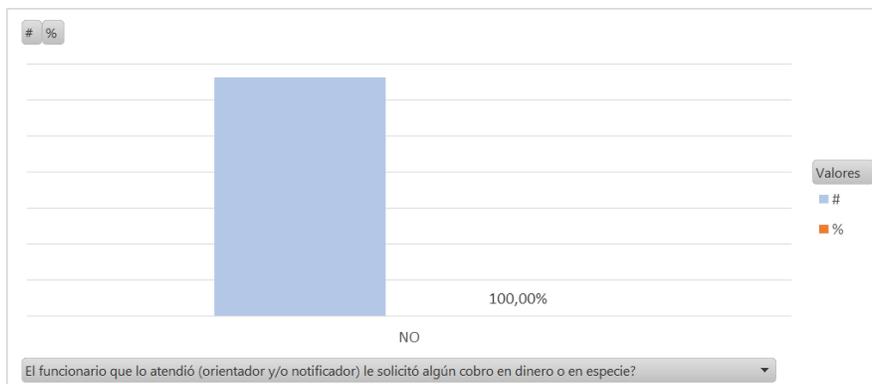
5 y Putumayo 84.21%, correspondiente a 2.495.

| PREGUNTA 3 | BUENO |
|---|---------------|
| DIRECCION TERRITORIAL MAGDALENA | 90,55% |
| DIRECCION TERRITORIAL ANTIOQUIA | 89,82% |
| DIRECCION TERRITORIAL CHOCO | 89,73% |
| DIRECCION TERRITORIAL CESAR Y LA GUAJIRA | 89,72% |
| DIRECCION TERRITORIAL META Y LLANOS ORIENTALES | 89,22% |
| DIRECCION TERRITORIAL ATLANTICO | 88,71% |
| DIRECCION TERRITORIAL CAQUETA Y HUILA | 88,61% |
| DIRECCION TERRITORIAL CORDOBA | 88,43% |
| DIRECCION TERRITORIAL BOLIVAR | 88,42% |
| DIRECCION TERRITORIAL CAUCA | 88,15% |
| DIRECCION TERRITORIAL CENTRAL | 87,95% |
| DIRECCION TERRITORIAL MAGDALENA MEDIO | 87,62% |
| DIRECCION TERRITORIAL NORTE DE SANTANDER Y ARAUCA | 87,10% |
| DIRECCION TERRITORIAL NARIÑO | 86,87% |
| DIRECCION TERRITORIAL URABA | 86,51% |
| DIRECCION TERRITORIAL VALLE | 86,16% |
| DIRECCION TERRITORIAL SANTANDER | 85,62% |
| DIRECCION TERRITORIAL EJE CAFETERO | 85,50% |
| DIRECCION TERRITORIAL PUTUMAYO | 85,47% |
| DIRECCION TERRITORIAL SUCRE | 84,21% |
| Total general | 88,02% |

Pregunta 4:

¿El funcionario que lo atendió (orientador y/o notificador) le solicitó algún cobro en dinero o en especie? El 100% de los ciudadanos contactados informaron que no realizaron cobro por la atención brindada.

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|---|-------------|-------------------|------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | | | |
| PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 47 de 295 |



9.2 Bloque imagen

El Bloque Imagen no fue evaluado en el primer semestre del año, dado que la atención encuestada fue 100% telefónica.

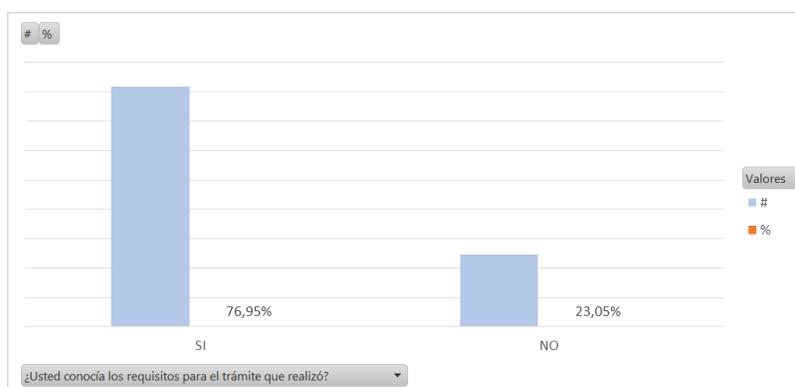
9.3 Bloque información

El Bloque Información consta de una (1) pregunta su resultado es:

Pregunta 7:

¿Usted conocía los requisitos para el trámite que realizó?

El 76.95 % de las personas encuestadas equivalente a 81.878 ciudadanos, manifestó que sí conocía los requisitos para los trámites que estaban solicitando, por otra parte, el 23.05% equivalente a 24.527 ciudadanos calificó que "NO".



| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|---|--|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

Fuente: Encuestas aplicadas en territorio

Se destacan por su puntuación las Direcciones Territoriales Bolívar y Córdoba con un porcentaje de 81.32% correspondiente a 4.115 ciudadanos y 81.29% correspondiente a 4.428 respectivamente.

| PREGUNTA 7 | SI |
|---|--------|
| DIRECCION TERRITORIAL BOLIVAR | 81,32% |
| DIRECCION TERRITORIAL CORDOBA | 81,29% |
| DIRECCION TERRITORIAL CAQUETA Y HUILA | 81,01% |
| DIRECCION TERRITORIAL MAGDALENA | 80,98% |
| DIRECCION TERRITORIAL ATLANTICO | 79,71% |
| DIRECCION TERRITORIAL CHOCO | 79,16% |
| DIRECCION TERRITORIAL CENTRAL | 78,11% |
| DIRECCION TERRITORIAL ANTIOQUIA | 77,42% |
| DIRECCION TERRITORIAL CESAR Y LA GUAJIRA | 77,35% |
| DIRECCION TERRITORIAL PUTUMAYO | 76,44% |
| DIRECCION TERRITORIAL MAGDALENA MEDIO | 76,38% |
| DIRECCION TERRITORIAL CAUCA | 76,29% |
| DIRECCION TERRITORIAL URABA | 76,15% |
| DIRECCION TERRITORIAL EJE CAFETERO | 76,01% |
| DIRECCION TERRITORIAL SUCRE | 75,90% |
| DIRECCION TERRITORIAL VALLE | 75,77% |
| DIRECCION TERRITORIAL META Y LLANOS ORIENTALES | 73,38% |
| DIRECCION TERRITORIAL NORTE DE SANTANDER Y ARAUCA | 73,09% |
| DIRECCION TERRITORIAL SANTANDER | 72,28% |
| DIRECCION TERRITORIAL NARIÑO | 72,26% |

A continuación, presentamos los resultados promedio por Dirección Territorial en cada uno de los Bloques de la encuesta de satisfacción.

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|---|--|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

| DIRECCION TERRITORIAL | PROMEDIO BLOQUE ORIENTADOR | PROMEDIO BLOQUE INFORMACIÓN | PROMEDIO GENERAL |
|---|----------------------------|-----------------------------|------------------|
| DIRECCION TERRITORIAL BOLIVAR | 96,23% | 81,32% | 88,77% |
| DIRECCION TERRITORIAL MAGDALENA | 96,23% | 80,98% | 88,61% |
| DIRECCION TERRITORIAL CORDOBA | 95,80% | 81,29% | 88,54% |
| DIRECCION TERRITORIAL CAQUETA Y HUILA | 95,97% | 81,01% | 88,49% |
| DIRECCION TERRITORIAL ATLANTICO | 96,50% | 79,71% | 88,11% |
| DIRECCION TERRITORIAL CHOCO | 96,03% | 79,16% | 87,59% |
| DIRECCION TERRITORIAL CENTRAL | 96,06% | 78,11% | 87,09% |
| DIRECCION TERRITORIAL ANTIOQUIA | 96,35% | 77,42% | 86,89% |
| DIRECCION TERRITORIAL CESAR Y LA GUAJIRA | 95,89% | 77,35% | 86,62% |
| DIRECCION TERRITORIAL MAGDALENA MEDIO | 95,73% | 76,38% | 86,06% |
| DIRECCION TERRITORIAL CAUCA | 95,11% | 76,29% | 85,70% |
| DIRECCION TERRITORIAL URABA | 95,10% | 76,15% | 85,63% |
| DIRECCION TERRITORIAL VALLE | 95,13% | 75,77% | 85,45% |
| DIRECCION TERRITORIAL EJE CAFETERO | 94,72% | 76,01% | 85,36% |
| DIRECCION TERRITORIAL PUTUMAYO | 94,15% | 76,44% | 85,30% |
| DIRECCION TERRITORIAL SUCRE | 94,24% | 75,90% | 85,07% |
| DIRECCION TERRITORIAL META Y LLANOS ORIENTALES | 95,71% | 73,38% | 84,55% |
| DIRECCION TERRITORIAL NORTE DE SANTANDER Y ARAUCA | 94,98% | 73,09% | 84,03% |
| DIRECCION TERRITORIAL SANTANDER | 95,50% | 72,28% | 83,89% |
| DIRECCION TERRITORIAL NARIÑO | 95,00% | 72,26% | 83,63% |
| Total general | 95,52% | 76,95% | 86,27% |

Se destaca por su puntuación las Direcciones Territoriales de Bolívar con una puntuación 88.77% y Magdalena con un porcentaje de 88.61%

Por otra parte, las Direcciones Territoriales que obtuvieron una puntuación inferior corresponden a: Santander y Nariño con una puntuación de 83.89% y 83.63% respectivamente.

Ninguna de las Direcciones territoriales obtuvo una puntuación mayor al 90%, se evidencia que la mayor afectación corresponde a que no realizan la entrega del número de radicado de la atención y la falta de conocimiento que tienen los ciudadanos sobre los requisitos para los trámites a realizar.

| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

10. Conclusiones Bloque Orientador

- Aproximadamente el 98% de los ciudadanos encuestados calificaron a los orientadores y/o notificadores como amables, atentos y empáticos en el momento de la atención.
- Con respecto a la información brindada por parte del orientador el 96,47% de la población encuestada manifestó que la información fue clara y completa.
- El 4.98% de los ciudadanos encuestados manifestaron que no les realizaron la entrega del número de radicado de la atención, mejorando un 11% con respecto al informe semestral del 2020.
- El 100% de los ciudadanos encuestados manifestaron que no le hicieron ningún tipo de cobro en dinero o en especie.

Bloque Información

- Aproximadamente el 77% de los ciudadanos encuestados manifestó que conocía los requisitos para el trámite que estaba realizando.

11. Acciones adelantadas

- El equipo de calidad compartió y reforzó por medio de un pre turno los pilares de una buena atención.
- El equipo de formación socializó un Pretorno sobre "Como brindar una atención y servicio personalizado".
- El equipo de formación y calidad premió a las Direcciones Territoriales por medio del salón de la fama.
- El equipo de formación publicó recomendaciones generales para la atención de personas con discapacidad.
- El equipo de calidad y formación grabó un video sobre la importancia del trámite de los orientadores para las víctimas.
- Se publicó un Pretorno sobre la empatía y 5 consejos para una atención de calidad.
- Se publicó la píldora de servicio # 16–Recomendaciones cuando su interlocutor sea una persona sorda que maneje lenguaje de señas.

| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

Acciones para el segundo semestre del 2021

- PRE-TURNOS:

Durante el segundo semestre del año se destinará un pre-turno en el mes relacionado a los temas de servicio de acuerdo con los resultados que se obtengan mes a mes de la encuesta de satisfacción. Por medio de esta herramienta, se podrán reforzar las buenas prácticas a la hora de atender al ciudadano y sensibilizar sobre el propósito de generar una atención integral. De esta manera, impactar positivamente los indicadores.

- SENSIBILIZACIÓN BUEN SERVICIO:

En el segundo semestre del 2021 se realizará una pieza gráfica cada mes reforzando los temas de servicio, para dicho video se contará con el apoyo de la Dirección Territorial que allá tenido oportunidades de mejora o recomendaciones por no tener un buen servicio en la atención a los ciudadanos de acuerdo con las encuestas de satisfacción.

Resultados Encuesta de Satisfacción Canal Telefónico y Virtual

1. Objetivo de la medición: Medir el nivel de satisfacción frente al servicio y tiempos de respuesta de los trámites realizados por los ciudadanos víctimas del conflicto armado que se comunican a través del canal telefónico y virtual, esto con el fin de implementar planes de acción que contribuyan en el mejoramiento continuo de la atención brindada.

2. Forma del cálculo de la muestra

- Población objetivo: Ciudadanos víctimas del conflicto armado en Colombia que se comunican a la línea de atención telefónica y virtual
- Tipo de muestreo: Muestreo probabilístico ya que brinda a todos los ciudadanos que se comunican a través de la línea telefónica y virtual la misma oportunidad de diligenciar la encuesta de satisfacción.
- Tamaño de la muestra: 190.172 encuestas realizados en los meses de enero a junio 2021.

| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

- Distribución de la muestra: Se toma el 100% de las encuestas diligenciadas y se analiza de acuerdo con la cantidad de respuestas tramitadas por el ciudadano

3. Justificación del instrumento elegido

- Se elige el método de encuesta; una vez se finaliza la interacción con el ciudadano se habilita y este procede a contestar las preguntas establecidas.

4. Ficha técnica de la medición

- Tipo de encuesta: Encuesta (3 preguntas) aplicada de forma telefónica a través de IVR.
- Método para aplicar: Se aplica mediante una encuesta con preguntas de selección múltiple.
- Cobertura de la encuesta: Encuesta aplicada a ciudadanos que fueron atendidos a través del canal telefónico, quienes responden la encuesta de forma voluntaria.
- Frecuencia de aplicación: La encuesta se aplica una vez finalizado el contacto con el ciudadano.

5. Cuestionario o preguntas o entrevista aplicada

- ¿En general, ¿cómo califica la atención recibida a través de nuestro servicio línea de atención telefónica?
- ¿Considera que su conocimiento sobre el trámite realizado mejoró después de esta atención?
- ¿Fue clara la información sobre los requisitos o el estado de la solicitud consultada?

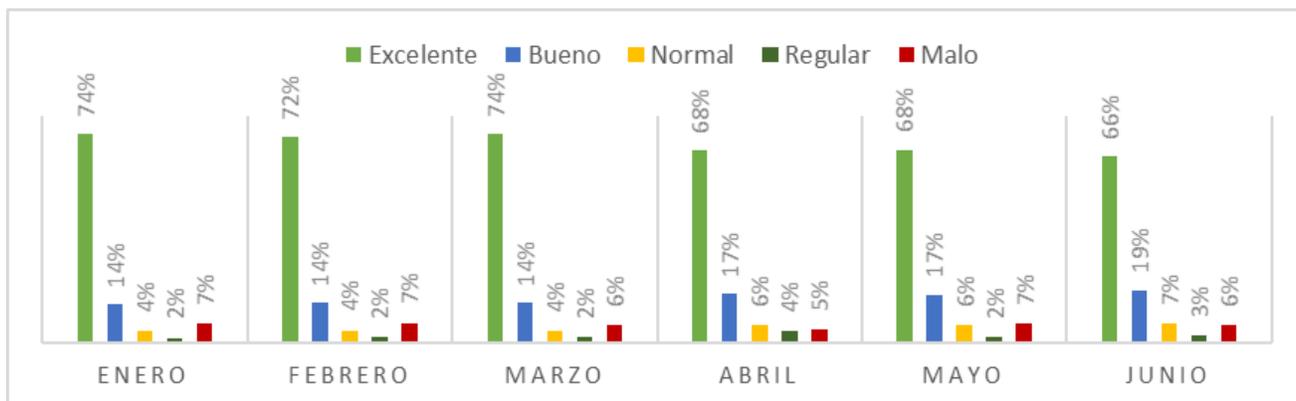
6. Análisis del resultado

Pregunta 1: ¿En general, ¿cómo califica la atención recibida a través de nuestro servicio línea de atención telefónica?

A nivel general la satisfacción positiva para el primer semestre cerró en 91,24% (sumando excelente, bueno y normal); regular 2,3% y malo 8,7%. Esta pregunta fue respondida por un total de 238.341 ciudadanos.

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|---|--|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

| ¿En general, ¿cómo califica la atención recibida a través de nuestro servicio línea de atención telefónica? | | | | | | | |
|---|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| | Enero | Febrero | Marzo | Abril | Mayo | Junio | Promedio |
| Excelente | 73,52% | 72,36% | 73,53% | 67,86% | 67,88% | 65,75% | 70,15% |
| Bueno | 13,57% | 14,16% | 14,08% | 17,15% | 16,96% | 18,61% | 15,75% |
| Normal | 4,29% | 4,42% | 4,32% | 6,04% | 6,19% | 6,78% | 5,34% |
| Regular | 1,80% | 2,07% | 1,86% | 4,23% | 2,04% | 2,53% | 2,42% |
| Malo | 6,81% | 7,00% | 6,21% | 4,73% | 6,92% | 6,34% | 6,33% |
| Total | 100,0% |



Fuente: Matriz de calidad operador Outsourcing

Pregunta 2: ¿Considera que su conocimiento sobre el trámite realizado mejoró después de esta atención?

En total 211.999 ciudadanos calificaron la pregunta #2. El 85,32% de la población encuestada equivalente a 181.020 ciudadanos, calificó la pregunta N°2 como "SI" y el 14,68% correspondiente a 30.979 ciudadanos calificaron "NO".

| ¿Considera que su conocimiento sobre el trámite realizado mejoró después de esta atención? | | | | | | | |
|--|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| | Enero | Febrero | Marzo | Abril | Mayo | Junio | Promedio |
| Si | 84,46% | 84,13% | 85,53% | 85,40% | 86,16% | 86,23% | 85,32% |
| No | 15,54% | 15,87% | 14,47% | 14,60% | 13,84% | 13,77% | 14,68% |
| Total | 100,0% |

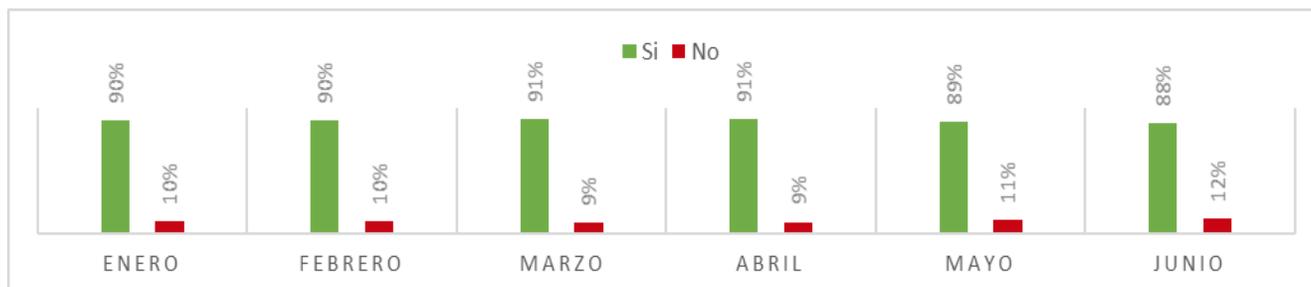


Pregunta 3: ¿Fue clara la información sobre los requisitos o el estado de la solicitud consultada?

En total 190172 ciudadanos calificaron la pregunta #3. El 89,94% de la población encuestada equivalente a 170.847 ciudadanos, calificó la pregunta N°2 como "SI" y el 10,06% correspondiente a 19.325 ciudadanos calificaron "NO".

Es importante resaltar que los ciudadanos que llegan a contestar esta pregunta son quienes ya han contestado la pregunta 1 y 2, por lo cual son quienes completan el 100% de la encuesta realizada.

| ¿Fue clara la información sobre los requisitos o el estado de la solicitud consultada? | | | | | | | |
|--|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| | Enero | Febrero | Marzo | Abril | Mayo | Promedio | Promedio |
| Si | 90,25% | 90,08% | 91,49% | 91,14% | 88,76% | 87,91% | 89,94% |
| No | 9,75% | 9,92% | 8,51% | 8,86% | 11,24% | 12,09% | 10,06% |
| Total | 100,0% |



| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

7. Conclusiones

En general la percepción de los ciudadanos hacia los orientadores es positiva, en promedio el 91,24% de los encuestados los describen como atención como Excelente, Buena y/o normal.

En el manejo de información entregada por los orientadores son calificados positivamente; sin embargo, un 14,8% considera que su conocimiento sobre el trámite realizado no mejoró después de la atención; es importante aclarar, que no hace referencia exclusivamente a que la atención no sea adecuada, sino porque aún está en proceso o escalado su caso.

Finalmente, en la tercera pregunta en promedio un 89,94% de los ciudadanos ratifican que fue clara la información sobre los requisitos o el estado de la solicitud consultada ya que el orientador fue claro en la explicación brindada acerca de sus trámites.

8. Acciones Implementadas

Desde el área de formación y calidad se adelantaron diferentes acciones con el objetivo de dar alcance a las oportunidades de mejora identificadas a través del análisis de los resultados, estas estrategias han permitido mes a mes se evidencie una mejora en la percepción que tiene el ciudadano frente al canal telefónico y virtual.

A continuación, se detallan las acciones desarrolladas:

- **Pretorno de calidad:** El primer viernes de cada mes se dieron a conocer los resultados de las encuestas de satisfacción del mes anterior.
- **Talleres Focalizados:** Mensualmente el área de calidad realizó una serie de talleres orientados a empatía, sensibilización, y temas conceptuales.
- **Clínicas de llamadas:** Se generaron espacios en los cuales los orientadores escuchaban y evaluaban sus propias transacciones.
- **Materiales informativos:** Se crearon y publicaron diferentes materiales de consulta como chequéalos, píldoras, videos, protocolos y pretornos.

| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

- **Alertas de calidad:** Se generaron periódicamente alertas a la operación sobre los ítems más afectados en la gestión y/o oportunidades de mejora evidenciados.
- **Capacitaciones semanales:** Semanalmente se realizaron ejercicios de formación y capacitación al 100% del personal sobre lineamientos nuevos y vigentes.
- **Actualizaciones de protocolos:** Diariamente se realizaron actualización a los diferentes guiones y procedimientos de cada servicio.
- **Asesoría de casos devueltos:** El área de formación habilitó sala en Teams para dar soporte conceptual a casos devueltos.
- **Capacitaciones casuísticas:** El área de formación implementó formaciones didácticas en las cuales se realiza consulta de aplicativos, protocolos y bases.
- **Capacitaciones con participación de calidad:** El área de calidad cuenta con una participación de 20 minutos en las capacitaciones semanales en las cuales se brindan temas según las oportunidades de mejora evidenciadas.
- **Pieza gráfica "¡Qué no te pase!":** Se publica en Crecemos Web una edición semanal por cada proceso, la cual cuenta con información prioritaria.

d) El grado en que se han logrado los objetivos de calidad.

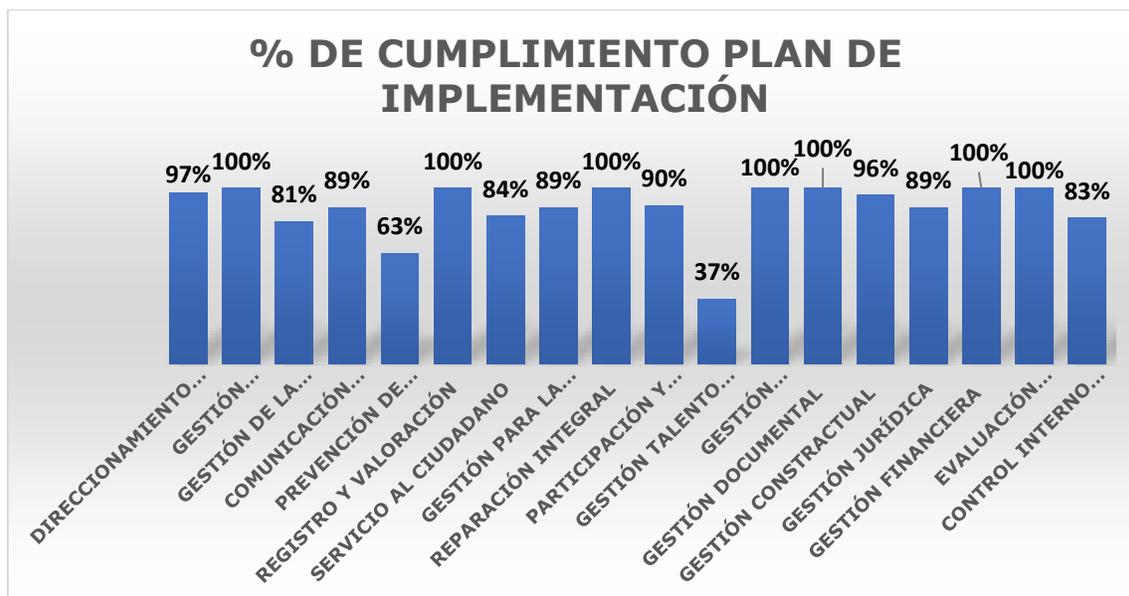
Teniendo en cuenta que el PROCEDIMIENTO FORMULACIÓN Y SEGUIMIENTO AL PLAN DE IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN, tiene como objetivo establecer los parámetros y actividades que deben desarrollar los procesos de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a la Víctimas para la implementación y mantenimiento del Sistema Integrado de Gestión, con el fin de asegurar su eficiencia, eficacia y efectividad en la aplicación, a continuación se presenta el estado de avance con corte a 30 de septiembre de la presente anualidad, según cronograma de seguimiento y reporte establecido.

Teniendo en cuenta el cierre del tercer reporte del citado Plan, se denota el estado de avance por cada uno de los Sistema y Modelos:

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|---|--|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

| Avance Plan de Implementación | |
|-------------------------------|---|
| 85,3% | Sistema de Gestión Ambiental |
| 70,2% | Sistema de Gestión de la Calidad |
| 99.5% | MECI |
| 65.4% | Sistema de Gestión Documental y Administrativa |
| 63.4% | Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo |
| 75.6% | Sistema de Seguridad de la Información |
| 78.8% | Modelo Integrado de Planeación y Gestión |

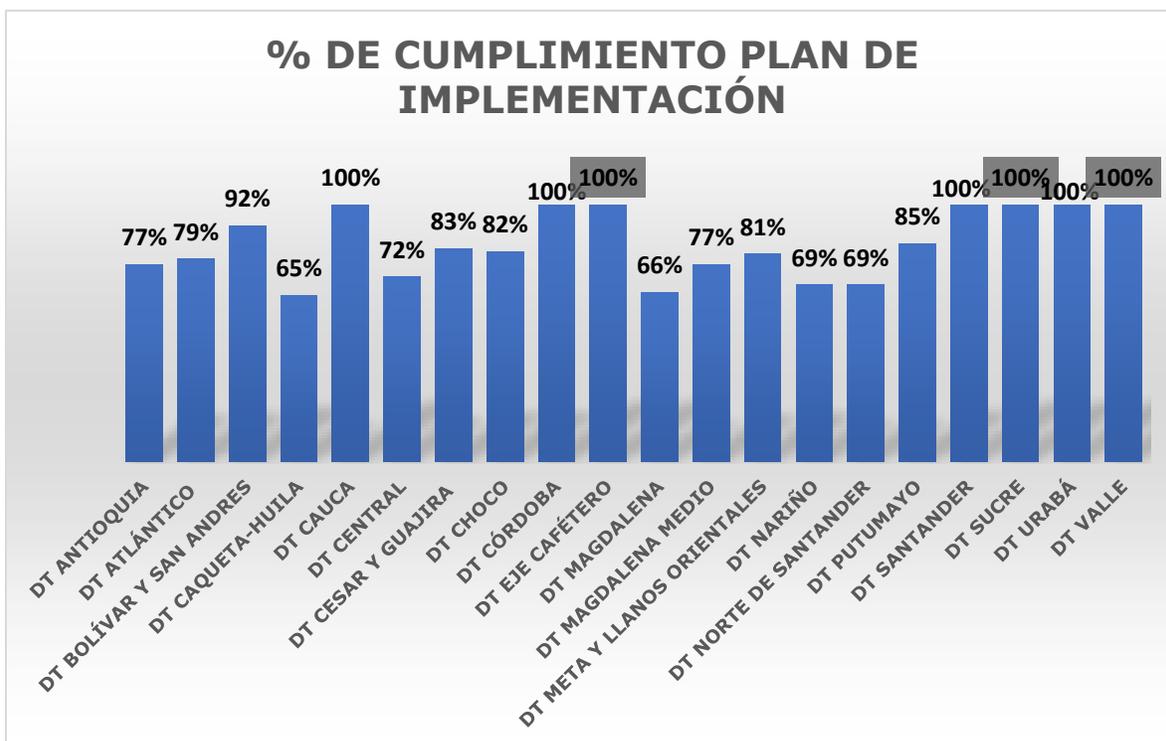
En virtud de lo anteriormente expuesto, a continuación se detalla el porcentaje de cumplimiento de los procesos nacionales frente a las actividades asociadas a cada uno de los Sistemas de Gestión con corte a septiembre 2021, con un promedio de cumplimiento del 89%. Es de resaltar que, los procesos que se exponen en línea seguida presentan un rezago en el cumplimiento de las actividades programadas: Gestión del Talento Humano, con un porcentaje de cumplimiento de 37% y Prevención de Hechos Victimizantes con un cumplimiento de 63%.



Acto seguido, se detalla el porcentaje de cumplimiento de las Direcciones Territoriales en cuanto a las actividades establecidas para cada uno de los Sistemas de Gestión

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|--|-------------|-------------------|------------------|
| PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 58 de 295 |

con corte a septiembre 2021. Bajo este espectro de análisis, en promedio se cuenta con un cumplimiento del 85%; en donde algunas de las Direcciones referenciadas tienen un porcentaje inferior al promedio, dada la ausencia de directrices y lineamientos concretos por parte de los Sistemas de Gestión, en el marco del cumplimiento de las actividades programadas.



Es de recordar que, la información anteriormente expuesta corresponde a la registrada y presentada en el aplicativo SIGESTION V.1 (Modulo plan de implementación) por parte de los líderes de procesos del nivel Nacional y Territorial.

El cumplimiento de los objetivos SIG esta interrelacionados con el Plan de Acción Institucional. La medición del plan aporta a los nueve (9) Objetivos SIG (3 misionales, 3 transversales y 3 subsistemas).

Lo anterior para el corte del 22 de Octubre del 2021 se logro un avance total en los indicadores del 51% de acuerdo a los siguientes resultados:

| Objetivos SIG Institucionales | Numero de indicadores | Porcentaje de Avance |
|-------------------------------|-----------------------|----------------------|
|-------------------------------|-----------------------|----------------------|

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|---|--|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

| | | |
|---|------------|------------|
| 1. Atender, asistir y reparar de manera efectiva a las víctimas del conflicto armado interno. | 225 | 49% |
| 2. Coordinar de manera eficaz y eficiente a las entidades que conforman el SNARIV en lo concerniente a la atención, asistencia y reparación integral a las víctimas. | 14 | 41% |
| 3. Contribuir al Fortalecimiento del proceso de participación efectiva de las víctimas en los espacios definidos por la ley. | 11 | 40% |
| 4. Administrar los riesgos del sistema integrado y fomentar la cultura para su prevención. | 1 | 100% |
| 5. Cumplir la normativa nacional vigente aplicable al Sistema Integrado de Gestión en sus componentes de calidad, ambiental, MECI, seguridad y salud en el trabajo y seguridad de la información. | 3 | 58% |
| 6. Mejorar continuamente los procesos para garantizar la calidad en el servicio que presta la Unidad. | 3 | 57% |
| 7. Proteger la información y sistemas de información de la Unidad para la Atención y Reparación Integral las Víctimas según los más altos niveles de control de... | 4 | 87% |
| 8. Implementar programas que de manera responsable contribuyan en disminuir las consecuencias negativas que se generan sobre el ambiente... | 6 | 73% |
| 9. Desarrollar programas de promoción y prevención que contribuyan a disminuir la accidentalidad y la incidencia de enfermedades laborales, así como acciones de autocuidado y... | 8 | 66% |
| Avance Total de los Indicadores | 275 | 51% |

La tabla anterior demuestra que el objetivo SIG numero 1 el cual es "Atender, asistir y reparar de manera efectiva a las víctimas del conflicto armado interno" contiene el mayor numero de indicadores siendo el 82% de los indicadores del plan de acción asociados a este, por lo cual el porcentaje de avance de este objetivo tiende a tener un valor de 49%.

Continuando con el objetivo numero 2 "Coordinar de manera eficaz y eficiente a las entidades que conforman el SNARIV en lo concerniente a la atención, asistencia y reparación integral a las víctimas" tiene un bajo porcentaje de avance de 41 % debido a que todos los indicadores del plan de acción no han culminado su programación.

El tercer objetivo SIG "Contribuir al Fortalecimiento del proceso de participación efectiva de las víctimas en los espacios definidos por la ley" tiene un bajo porcentaje del 40% debido a que el indicador 277 Estratégico, con nombre "Atender las

| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

solicitudes de Atención Humanitaria para la prevención” el cual no presenta un avance en este indicador debido a que es un indicador que se realiza por demanda.

El cuarto objetivo SIG “Administrar los riesgos del sistema integrado y fomentar la cultura para su prevención” tiene por culminado el cumplimiento de su único indicador asociado a este obteniendo el avance del 100%.

El quinto objetivo SIG “Cumplir la normativa nacional vigente aplicable al Sistema Integrado de Gestión en sus componentes de calidad, ambiental, MECI, seguridad y salud en el trabajo y seguridad de la información” lleva el porcentaje de avance sin ningún incumplimiento a sus indicadores asociados con un avance del 58%.

El sexto objetivo SIG “Mejorar continuamente los procesos para garantizar la calidad en el servicio que presta la Unidad” contempla un porcentaje de avance del 57% con solo un incumplimiento en un indicador 21 de Producto en el mes de septiembre retrasando un poco el porcentaje de avance de los indicadores.

El séptimo objetivo SIG “. Proteger la información y sistemas de información de la Unidad para la Atención y Reparación Integral las Víctimas según los más altos niveles de control de...” esta por culminar su porcentaje de avance en los meses de Octubre, Noviembre y Diciembre presentando a la última fecha de reporte con corte de 22 de Octubre del 2021 un avance del 87%.

El octavo objetivo SIG “Implementar programas que de manera responsable contribuyan en disminuir las consecuencias negativas que se generan sobre el ambiente...” el porcentaje de avance de estos indicadores se ve afectado ya que hay un numero considerable de indicadores que no cumplen con su programación establecida para un mes en cuestión, los indicadores que no cumplen y generan estos retrasos son 204 Estratégico argumentando que el motivo del incumplimiento es porque el proceso de Gestión Documental está realizando acompañamientos técnicos a las áreas y direcciones territoriales, 205 Estratégico argumentando que el motivo de incumplimiento es debido a la pandemia del COVID 19 a principios del año, mucha de las actividades programadas debieron modificarse en cuanto a su programación y 65 Gestión existe un incumplimiento debido a que es un indicador por demanda.

Y culminando con el noveno objetivo SIG “Desarrollar programas de promoción y prevención que contribuyan a disminuir la accidentalidad y la incidencia de enfermedades laborales, así como acciones de autocuidado y...” el porcentaje de avance de estos indicadores se ve afectado ya que hay un número considerable de indicadores que no cumplen con su programación establecida para un mes en cuestión, los indicadores que no cumplen y generan estos retrasos son 264

| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

Estratégico , 111 Producto argumentando que el motivo del incumplimiento es que se realizaran las 2 prácticas de integridad se implementaran en el mes de octubre a nivel nacional y territorial, y 66 Gestión el cual no se ha cumplido en ninguno de los reportes de este indicador argumentando que no se recibieron todos los informes de acta de entrega del cargo por parte de los funcionarios, esta gestión no es obligatoria para los funcionarios, se esta trabajando en un proceso pedagógico para poder aumentar el resultado de este indicador.

e) Desempeño de los procesos y conformidad de los productos y servicios.

I. Desempeño de los procesos:

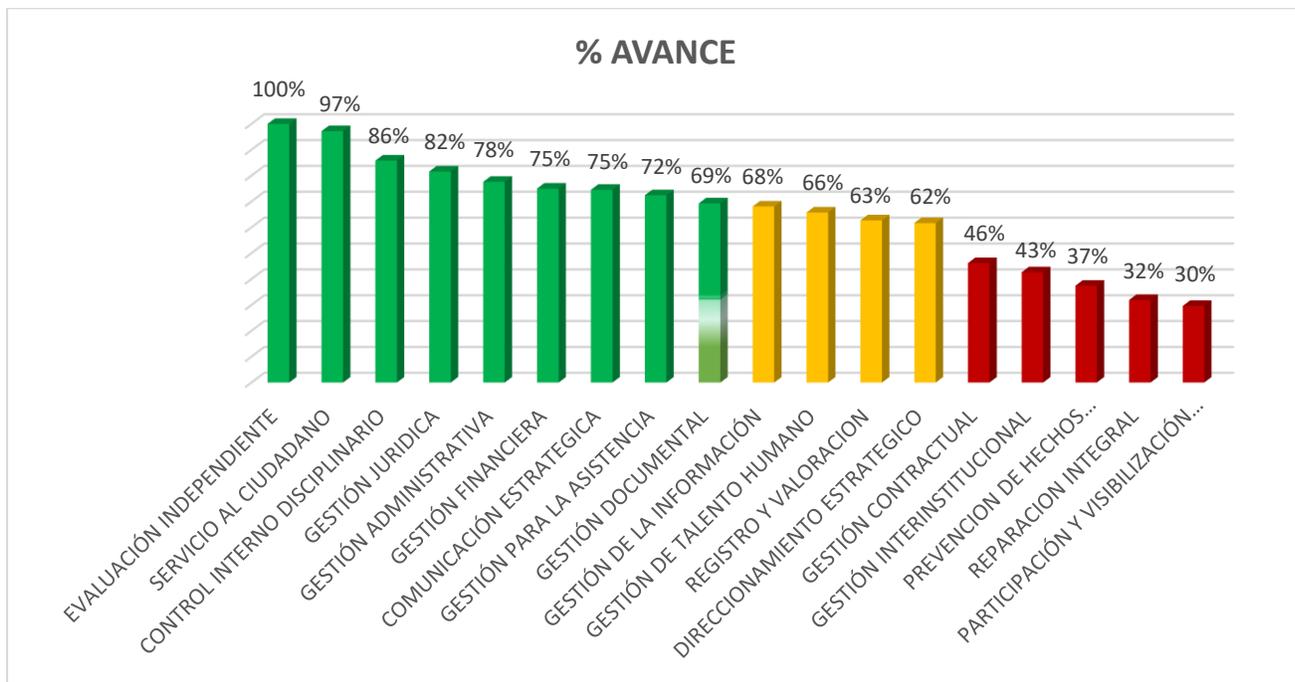
El desempeño de los procesos se mide a través del cumplimiento de los indicadores del Plan de Acción, con corte al 30 de septiembre del 2021, la Unidad para las víctimas ha logrado un cumplimiento total del desempeño de los procesos del 51%.

El cumplimiento de los 18 procesos se encuentra de la siguiente manera:

- 8 de los 18 procesos presenta un cumplimiento **“alto” con un porcentaje de cumplimiento superior al 70%.**
- 5 de los 18 procesos presenta cumplimiento **“medio” entre el 60% al 69.9%.**
- 5 de los 18 procesos presenta cumplimiento **“bajo” \geq 59.9%**

El 20% de los indicadores están programados para ejecutarse en el último trimestre del 2021.

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|--|-------------|-------------------|------------------|
| PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 62 de 295 |



II. Salidas no Conformes:

Cuando hablamos de la conformidad de los productos y/o servicios de la organización, hacemos referencia al control que se lleva frente a las Salidas No Conformes identificadas por la Unidad, control que se encuentra documentado a través del **Procedimiento de Identificación y Control de Salidas No Conformes**. Desde la Oficina Asesora de Planeación - OAP en coordinación con los 8 procesos que participan en este procedimiento se han venido articulando las actividades relacionadas al cumplimiento del seguimiento y el mejoramiento de éste, como espacios de socialización en donde se han recibido los aportes por parte de los procesos misionales y estratégicos, lo que ha permitido una mejora en las actividades inmersas en este procedimiento.

Los procesos pertenecientes a la Unidad para las Víctimas involucrados en la identificación de salidas no conformes son los siguientes:

MISIONALES

- Registro y Valoración
- Servicio al Ciudadano

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|---|--|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

- Gestión para la Asistencia
- Reparación Integral
- Participación y Visibilización
- Prevención de hechos victimizantes

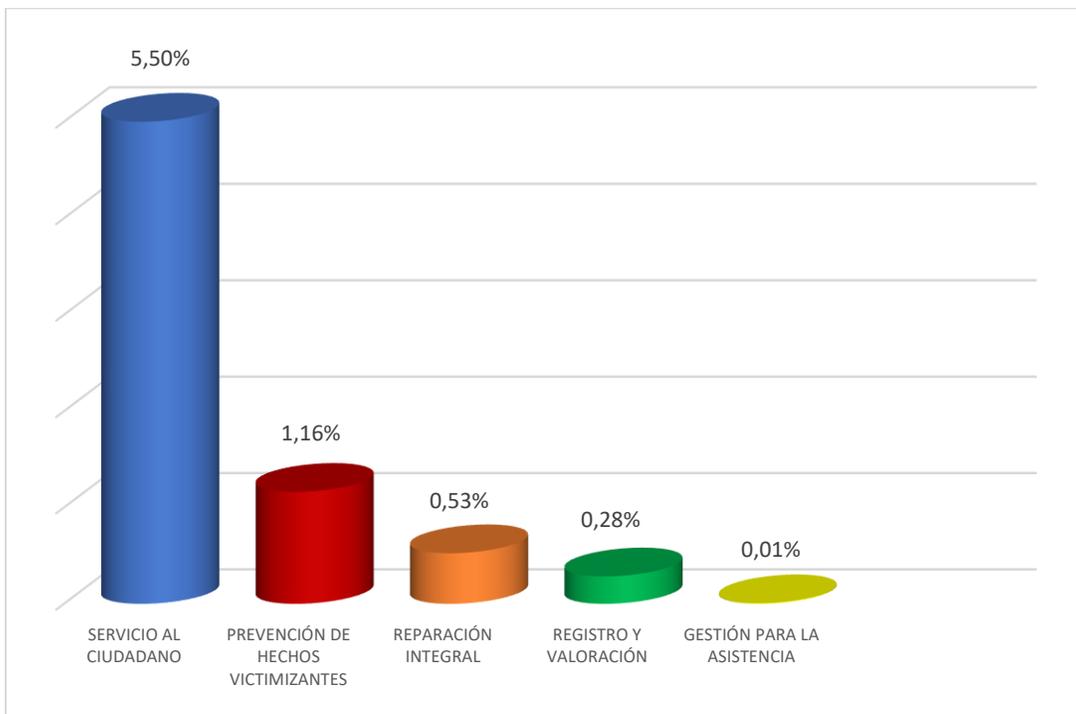
ESTRATÉGICOS

- Gestión Interinstitucional
- Gestión de la Información

Desde las diferentes Direcciones Territoriales se han venido identificando las salidas no conformes, las cuales se reportan a los correspondientes procesos para adelantar las actividades relacionadas de tratamiento, liberación y seguimiento de las mismas, de esta manera se ha identificado que para la vigencia del 2021, en 4 de los procesos que más aportan con la entrega de productos y servicios de la Unidad para las Víctimas el 5.21% corresponde a salidas no conformes identificadas principalmente en el proceso de Servicio al Ciudadano.

| PROCESO | PRODUCTOS Y SERVICIOS ENTREGADOS | SNC IDENTIFICADAS | % |
|------------------------------------|----------------------------------|-------------------|--------------|
| SERVICIO AL CIUDADANO | 4875917 | 268384 | 5,50% |
| PREVENCIÓN DE HECHOS VICTIMIZANTES | 86 | 1 | 1,16% |
| REPARACIÓN INTEGRAL | 22.082 | 116 | 0,53% |
| REGISTRO Y VALORACIÓN | 367765 | 1047 | 0,28% |
| GESTIÓN PARA LA ASISTENCIA | 260.069 | 16 | 0,01% |
| TOTAL | 5.525.919 | 269.564 | 4,88% |

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|--|-------------|-------------------|------------------|
| PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 64 de 295 |



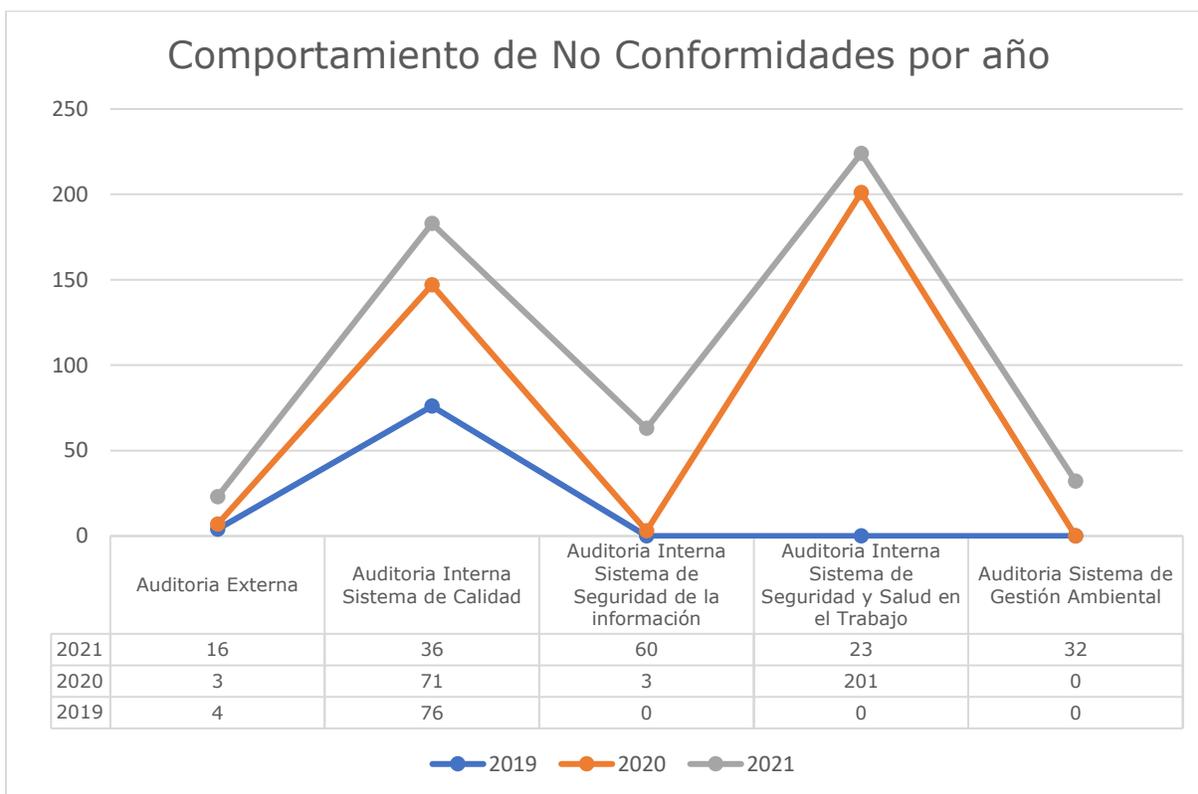
Actualmente se está trabajando en una herramienta tecnológica para la administración de las Salidas No Conformes, con el objetivo de sistematizar el procedimiento y de esta manera poder tener control de los reportes, hacer seguimiento trimestral a las Salidas No Conformes Identificadas, generar reportes y alertas sobre el estado de cada una, tener el contexto de toda la información reportada, con su debido tratamiento y la liberación gestionada.

f) Tendencias no conformidades y acciones correctivas.

La Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas cuenta con un Sistema Integrado de Gestión el cual garantiza la efectividad y asegurar que los servicios y productos son conformes con los requisitos de las normas internacionales ISO; Implementando la mejora continua en los sus procesos de manera eficaz, eficiente y efectiva, ejecutando políticas, planes, programas y/o proyectos en el nivel nacional y territorial, esto se evidencia en el seguimiento y control de las no conformidades de los Sistemas Integrados de Gestión, por medio del aplicativo SIGESTION 1 donde se identifica, analiza, formula e implementa acciones para eliminar la causa raíz de la desviación de los procesos, realizando un análisis de causas e implementando

acciones correctivas y correcciones, cuyo fin es optimizar el desempeño de los proceso.

A continuación, se evidencia el comportamiento de las no conformidades generadas de los últimos 3 años, para los Sistemas de Calidad, Seguridad de la información, Seguridad y Salud en el Trabajo y Gestión Ambiental.



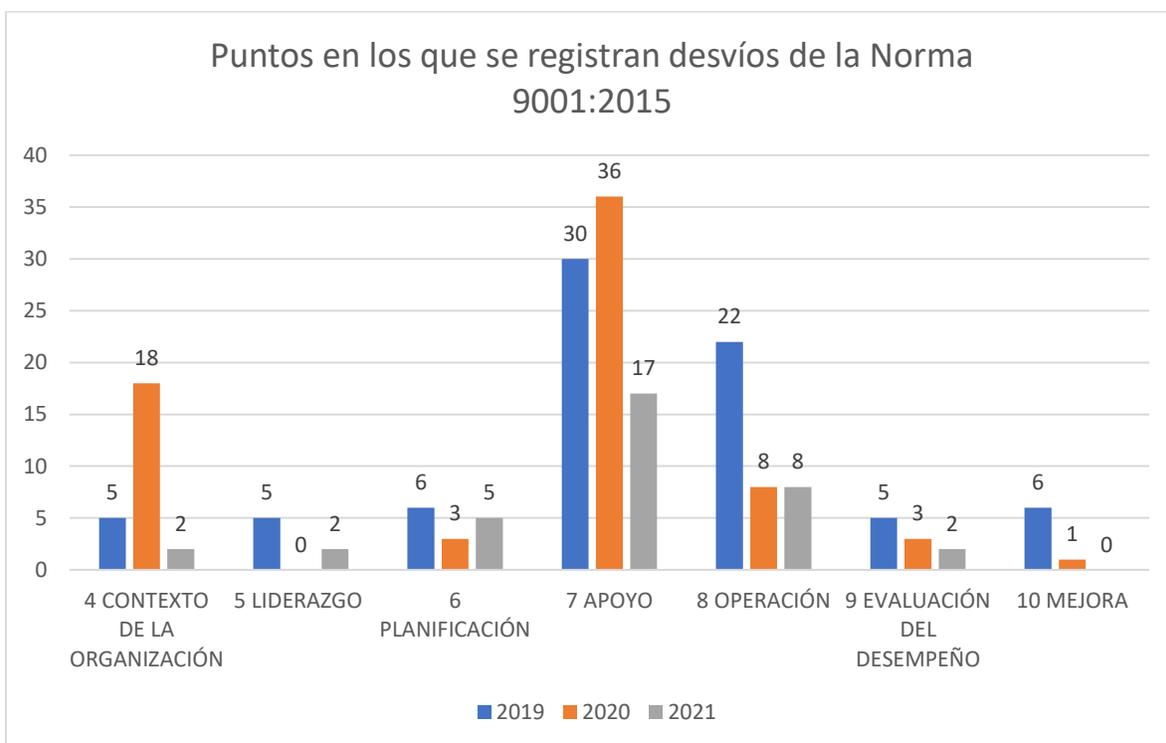
Los resultados consolidados en las Auditorías Internas evidencia que a los sistemas cuentan con 525 no conformidades en su totalidad, en donde se puede concluir que el sistema que se encuentra mas vulnerable es el que corresponde a Seguridad y Salud en el Trabajo, el cual cuenta con 224 no conformidades, seguido a este, el Sistema de Calidad con 183 no conformidades generadas, continuando con el Sistema de Seguridad de la información con 63 no conformidades y finalizando con el sistema de Gestión Ambiental con 32 no conformidades, siendo este el más reciente en implementación en la Unidad, lo anterior corresponde a NC levantadas en los 18 procesos y las 20 Direcciones Territoriales, con corte al 30 de septiembre. Esto nos permite visualizar las debilidades de los Procesos auditados, de este modo, tomar

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|---|-------------|-------------------|------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | | | |
| PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 66 de 295 |

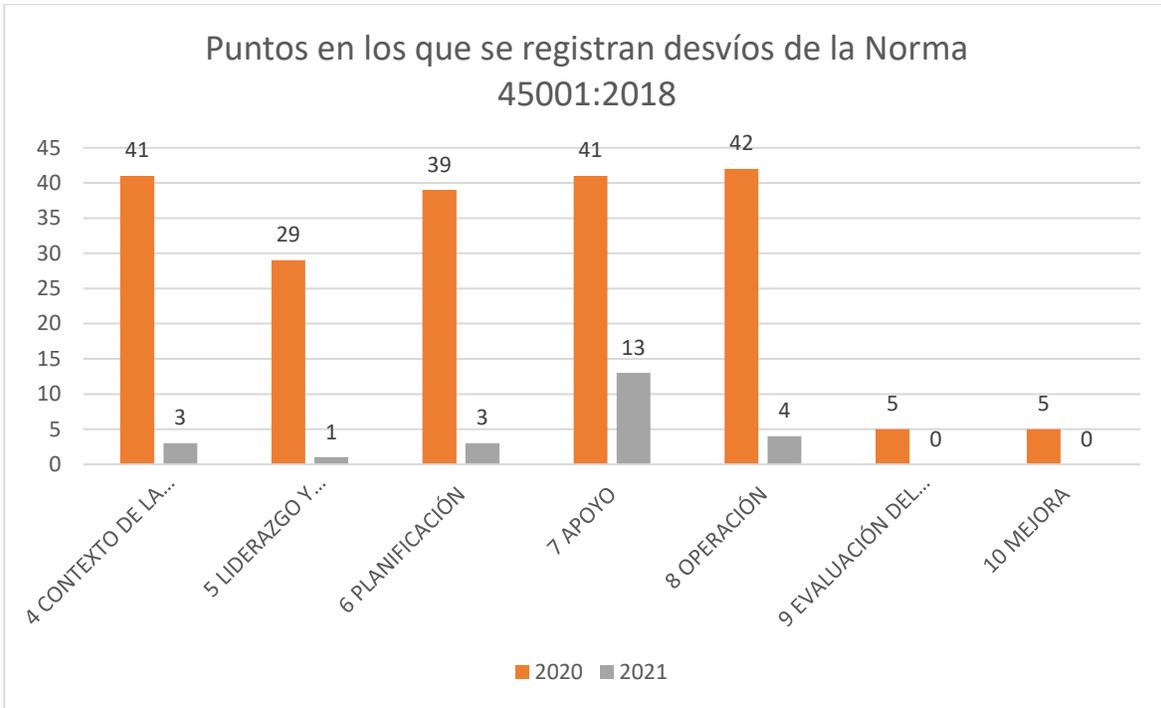
acciones específicas que sean orientadas a todos los funcionarios de los Procesos Nacionales y Direcciones Territoriales de la Unidad.

Para el Sistema de Gestión de la Calidad bajo la norma ISO 9001:2015 se identifican que las acciones están encaminadas para los numerales 4 Contexto de la Organización, 7 Apoyo y 8 Operación concentrándose la mayor cantidad de no conformidades.

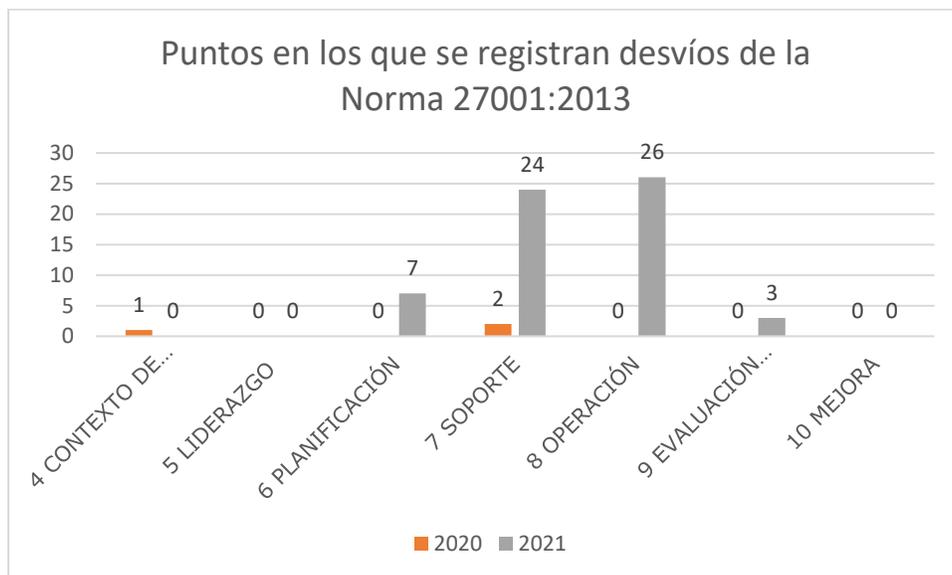
En los siguientes gráficos se refleja cuáles son las debilidades del Sistema de Gestión de la Calidad, El Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo junto con el Sistema de la Seguridad de la Información. El desarrollo de este es contabilizar las No Conformidades de las auditorías internas, frente a los requisitos de la Norma que no se cumplen junto con las acciones que están relacionadas a cada.



Para el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo bajo la norma ISO 45001:2018 se identifican que las acciones están encaminadas para los numerales 7 Apoyo y 8 Operación concentrándose la mayor cantidad de no conformidades.

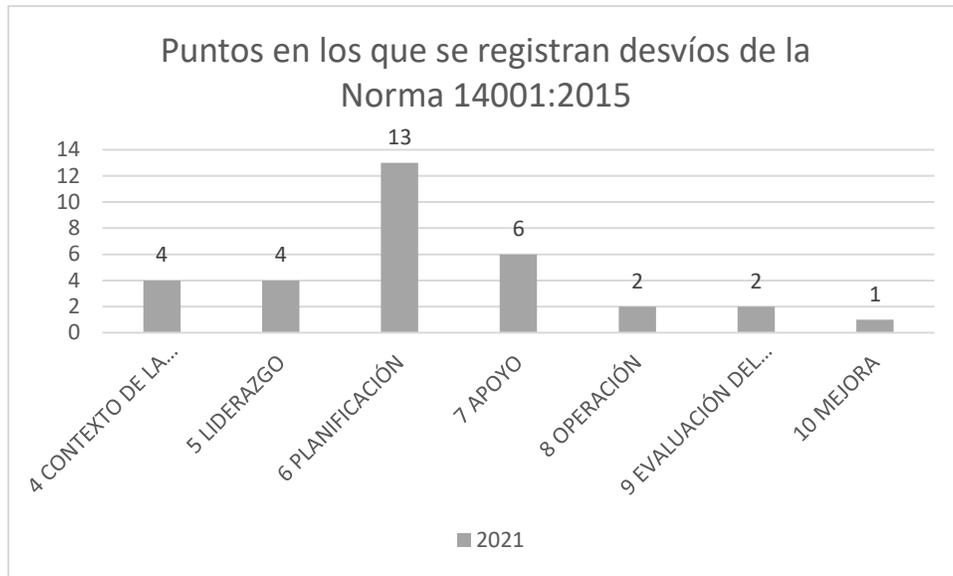


Para el Sistema de Gestión de Seguridad de la Información en el Trabajo bajo la norma ISO 27001:2013 se identifican que las acciones están encaminadas para los numerales 7 soporte y operación concentrándose la mayor cantidad de no conformidades.



| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

Para el Sistema de Gestión Ambiental bajo la norma ISO 14001:2015 se identifican que las acciones están encaminadas para los numerales 7 apoyo y 8 operación concentrándose la mayor cantidad de no conformidades.



g) LOS RESULTADOS DE LAS AUDITORÍAS

1) Auditorías Externas

Frentes a las auditorias externas correspondientes para la vigencia 2019 se generaron 4 no conformidades, para la vigencia 2020 se generaron 3 no conformidades y para el 2021 fueron 16 no conformidades, las anteriores generadas para los Sistema de Gestión de Calidad y de Seguridad y Salud en el Trabajo.

A continuación, las correspondientes acciones que se han generado por año y por dependencia y cual es el estatus de cada una de estas en la actualidad. Donde hay 9 en estado rechazado a cargo de Direccionamiento Estratégico y Gestión de Talento Humano 3 y 6 correspondientemente. Por otra parte, Gestión de Talento Humano cuentan con 9 actividades registradas en el aplicativo pendiente de la correspondiente validación del auditor para iniciar con el tramite de cargue de la información.

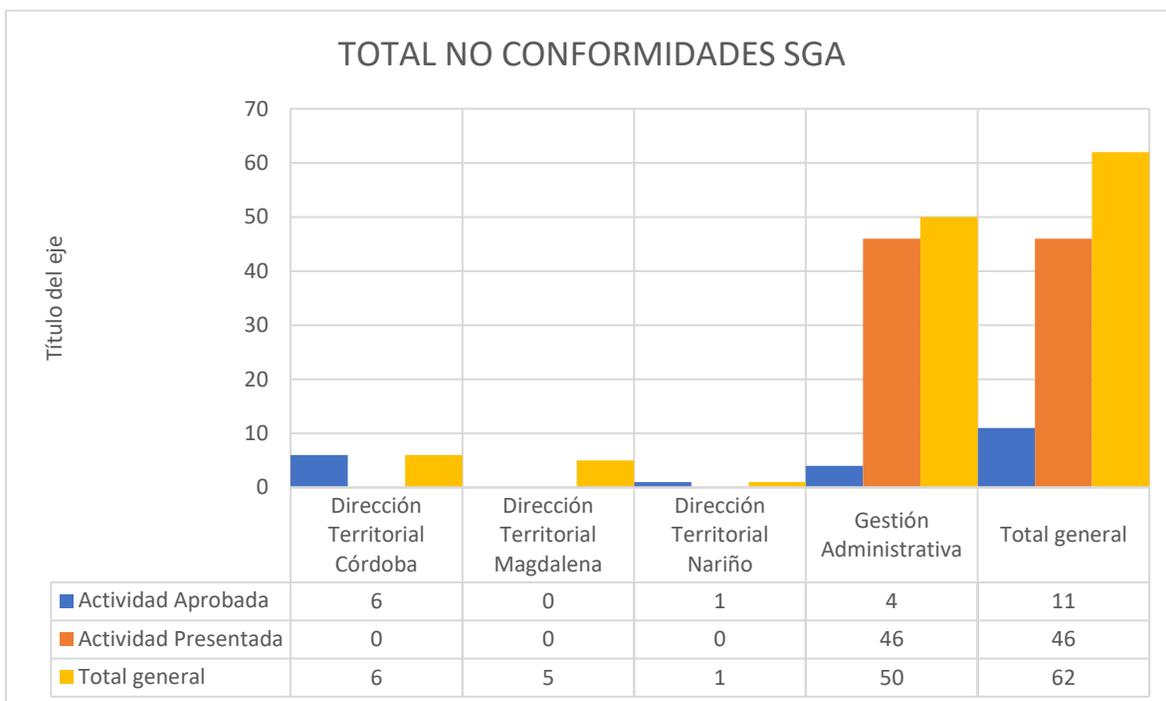
| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|--|-------------|-------------------|------------------|
| PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 69 de 295 |



| No conformidades | Actividad Aprobada | Actividad Rechazada | Actividad Registrada | Total general |
|------------------------------|--------------------|---------------------|----------------------|---------------|
| 2020 | 11 | - | - | 11 |
| Comunicación Estratégica | 6 | - | - | 6 |
| Evaluación Independiente | 3 | - | - | 3 |
| Reparación Integral | 2 | - | - | 2 |
| 2021 | 86 | 9 | 9 | 104 |
| Direccionamiento Estratégico | 15 | 3 | - | 18 |
| Gestión de Talento Humano | 55 | 6 | 9 | 70 |
| Gestión Documental | 2 | - | - | 2 |
| Reparación Integral | 9 | - | - | 9 |
| Servicio al Ciudadano | 5 | - | - | 5 |
| Total general | 109 | 9 | 9 | 127 |

2) Auditoría interna: Sistema de Gestión Ambiental.

En cuanto al Sistema de Gestión Ambiental, se han registrado 62 actividades en el año 2021 de las cuales 11 han sido actividades aprobadas y cerradas por parte de los procesos, 46 actividades pendientes de la aprobación de los auditores estas a cargo del proceso de Gestión Administrativa, finalmente 5 actividades a cargo del proceso de Dirección Territorial de Magdalena las cuales están realizando el seguimiento para darle tratamiento y gestión para llevar a cabo dichas actividades.



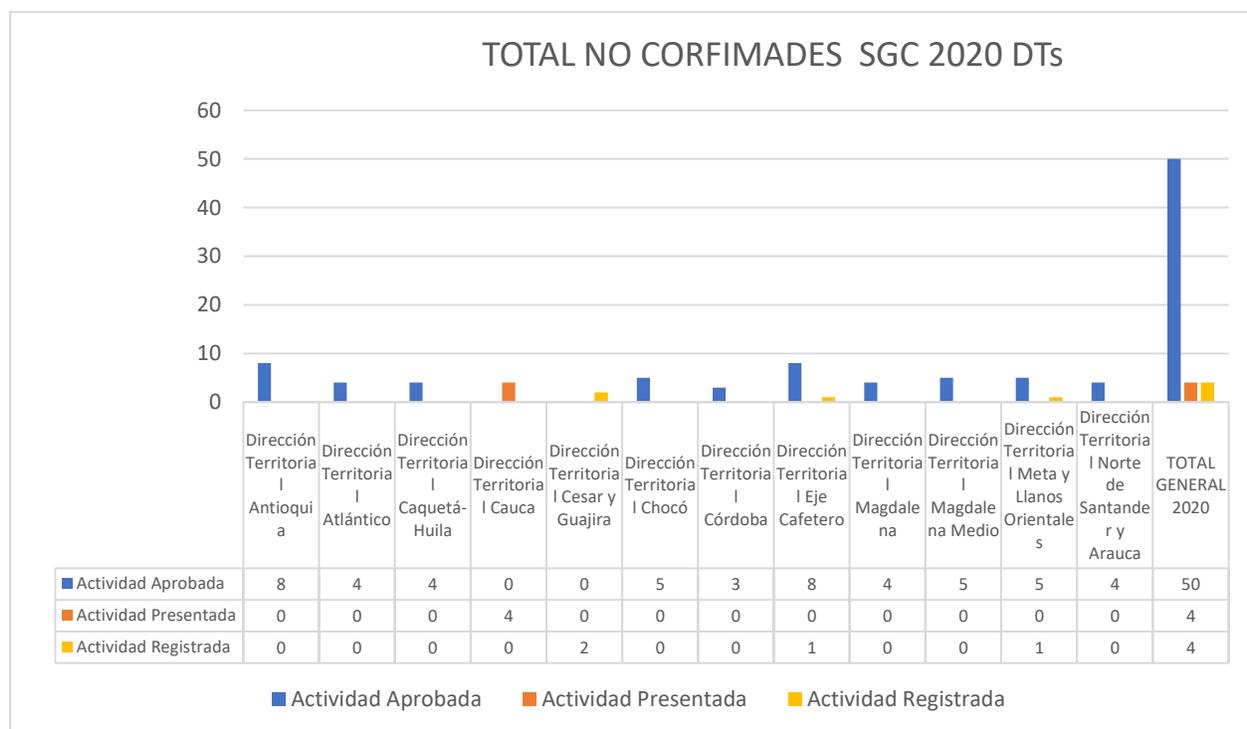
| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|---|-------------|-------------------|------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | | | |
| PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 70 de 295 |

3) Auditoría interna: Sistema de Gestión de la Calidad.

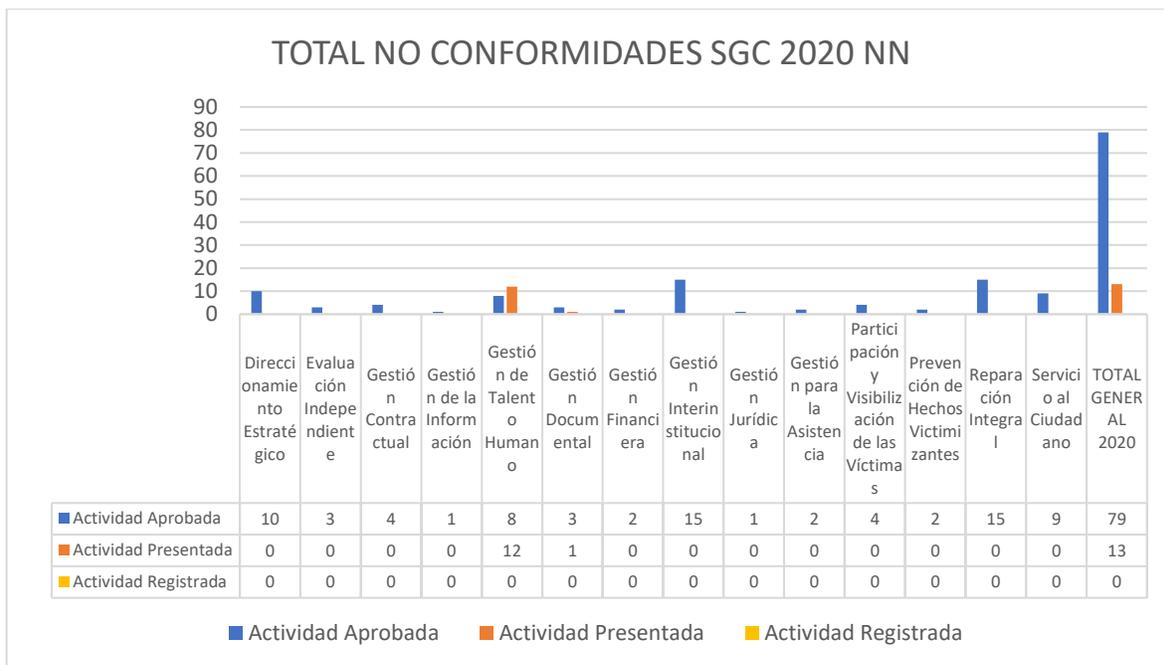
En cuanto al control de actividades en cuanto a al Sistema de Gestión de Calidad actualmente 24 actividades pendientes por gestión para el año 2020, en donde hay 17 actividades presentadas pendientes de aprobación del auditor, 1 actividades rechazada y 4 actividades registradas en seguimiento a cargo de los procesos para reportar las actividades.

Por otra parte, para el año 2021, 18 actividades presentadas pendientes de aprobación del auditor, 3 actividades rechazada y 3 actividades registradas indicando que para este sistema se encuentra un cumplimiento aproximado del 88% de cumplimiento para las no conformidades generadas a los Procesos Nacionales y a las Direcciones Territoriales, esto con corte al 30 de septiembre del 2021.

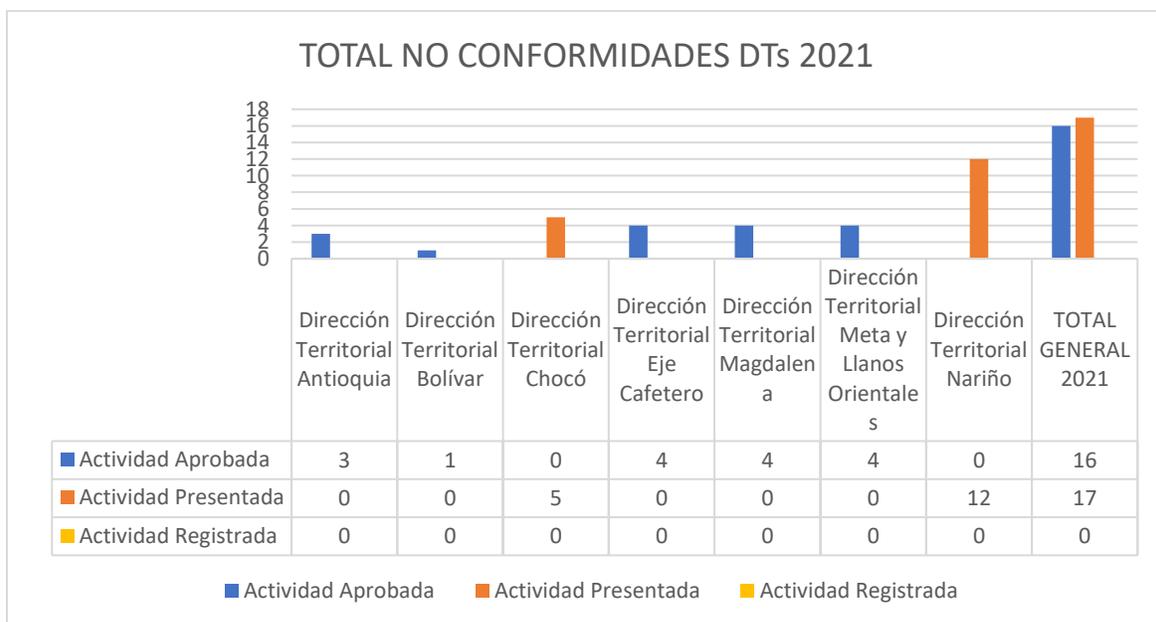
Auditoría interna del Sistema de Gestión de la Calidad por dirección territorial 2020.



Auditoría interna: Sistema de Gestión de la Calidad por proceso 2020

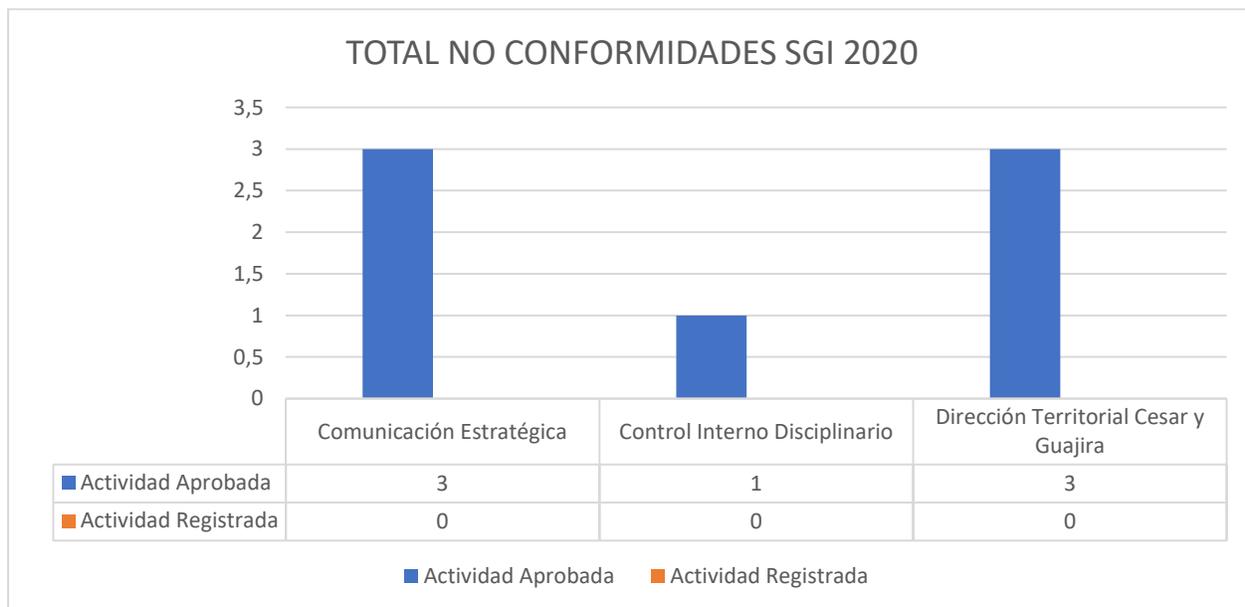


Auditoría interna: Sistema de Gestión de la Calidad por dirección territorial 2021



4) Auditoría interna: Sistema de Gestión de la Seguridad de la información.

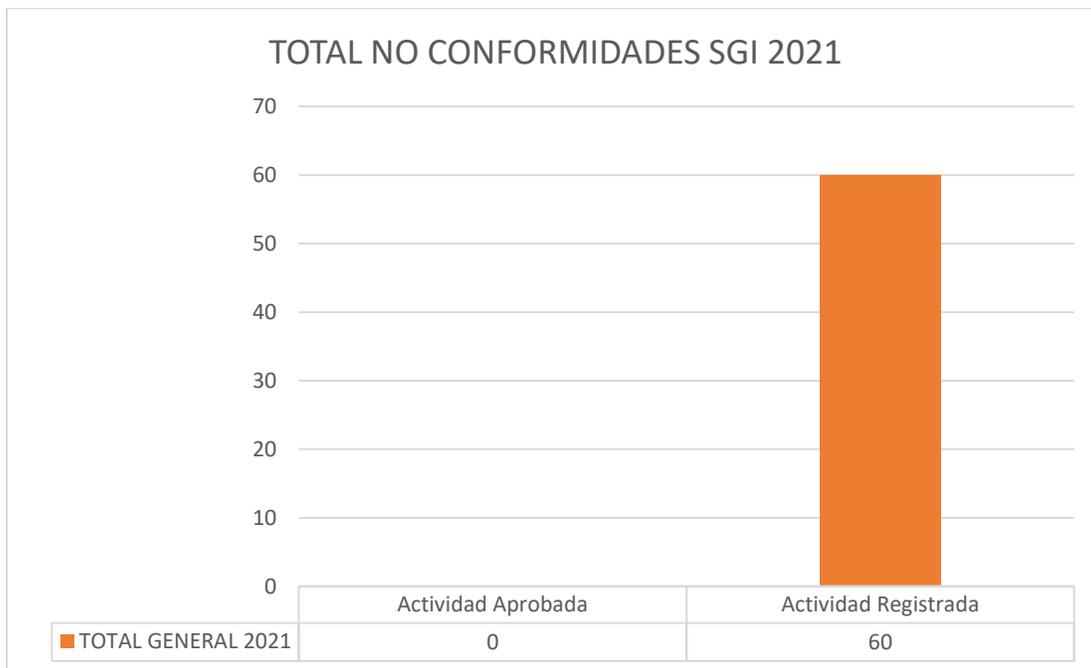
Por parte del Sistema de Gestión de la Seguridad de la información en el 2020 no se encuentra ninguna actividad pendiente de seguimiento, todas fueron cerradas y están aprobadas, En cuanto a las acciones del 2021 a cargo del proceso de Gestión de la Información se encuentran pendiente 60 acciones pendiente de revisión y aprobación del auditor.



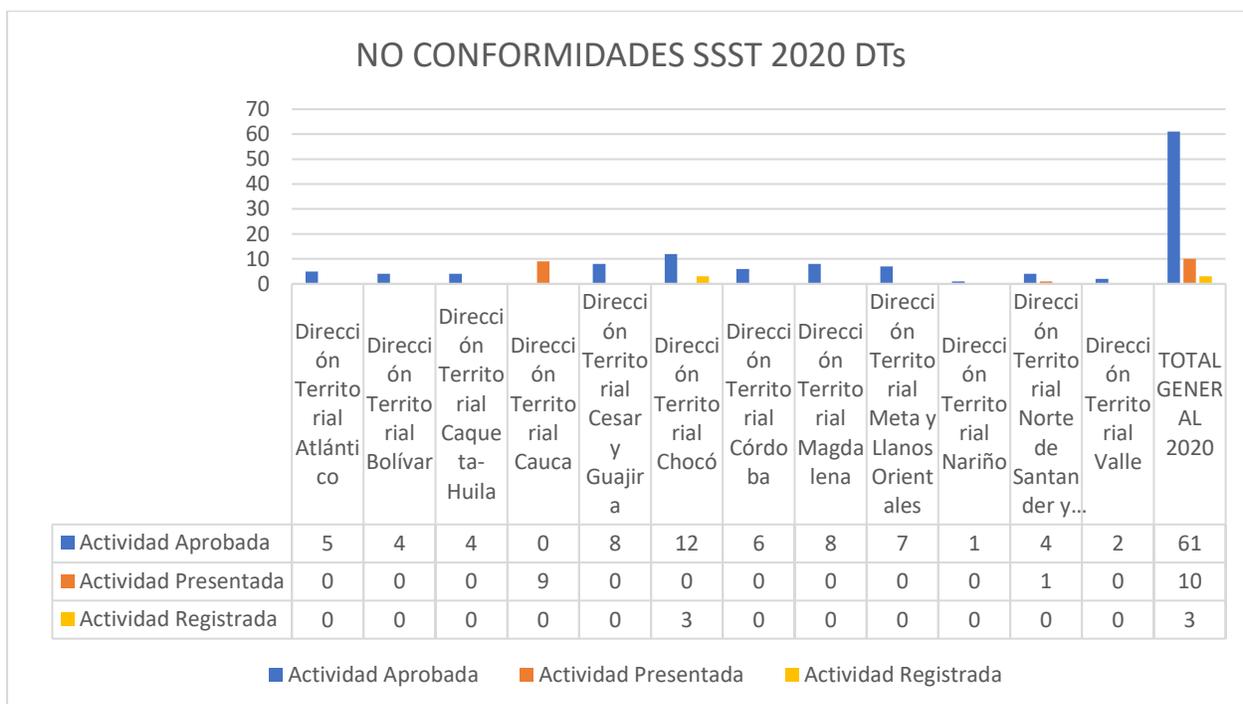
5) Auditoría interna: Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Finalmente para el sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo para el año 2020 se generaron 479 acciones para darle cierre a las no conformidades, de los cuales solo el 37% se le ha dado el correspondiente cierre, siendo 301 acciones las que se encuentra pendientes, de las cuales 292 se han presentado pendientes de que los auditores las aprueben, 5 rechazadas pendiente que los procesos las modifiquen para modificar y 4 registradas pendiente de que cada procesos incluya los avances y evidencias para el correspondiente cierre.

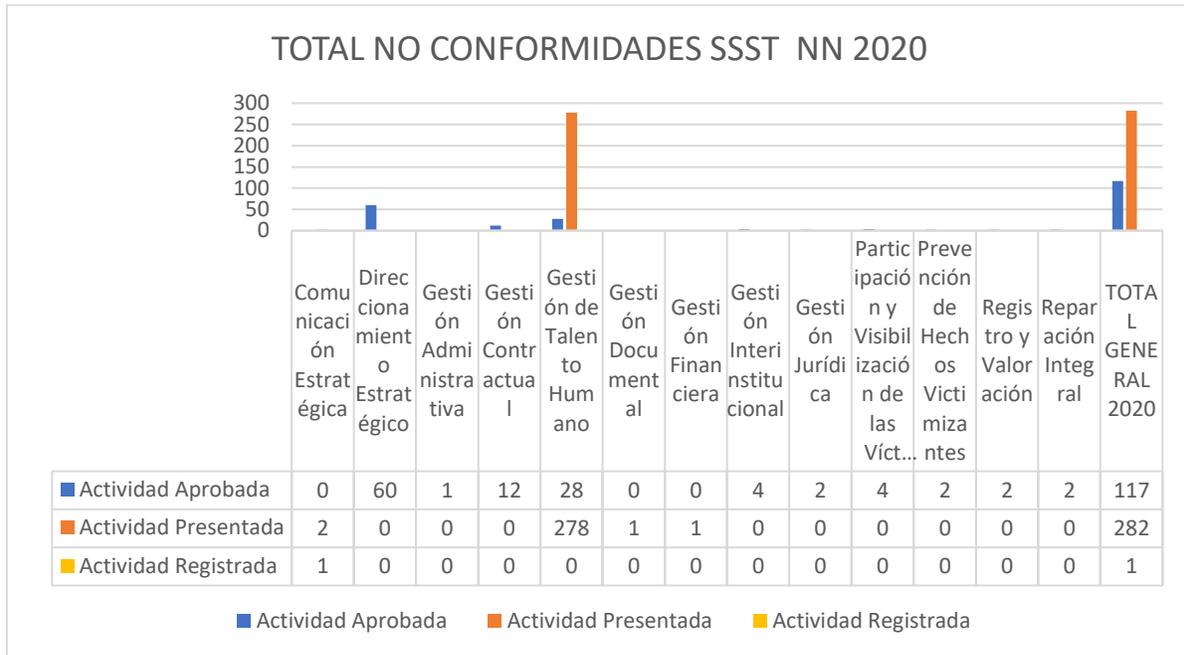
Auditoría interna del Sistema de Gestión de la Seguridad de la información 2021:



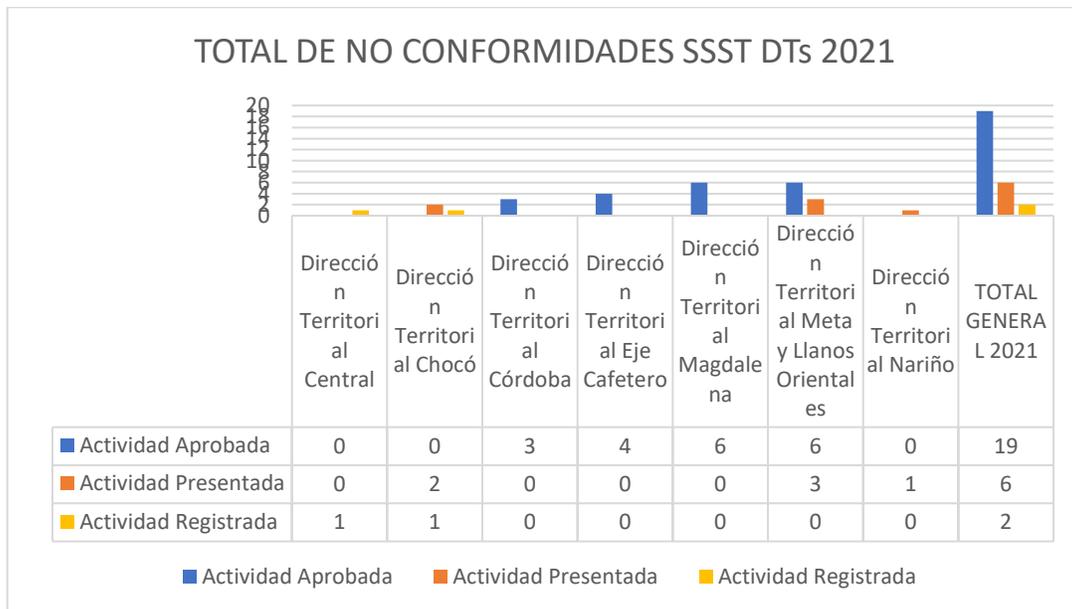
Auditoría interna del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo por DTs 2020:



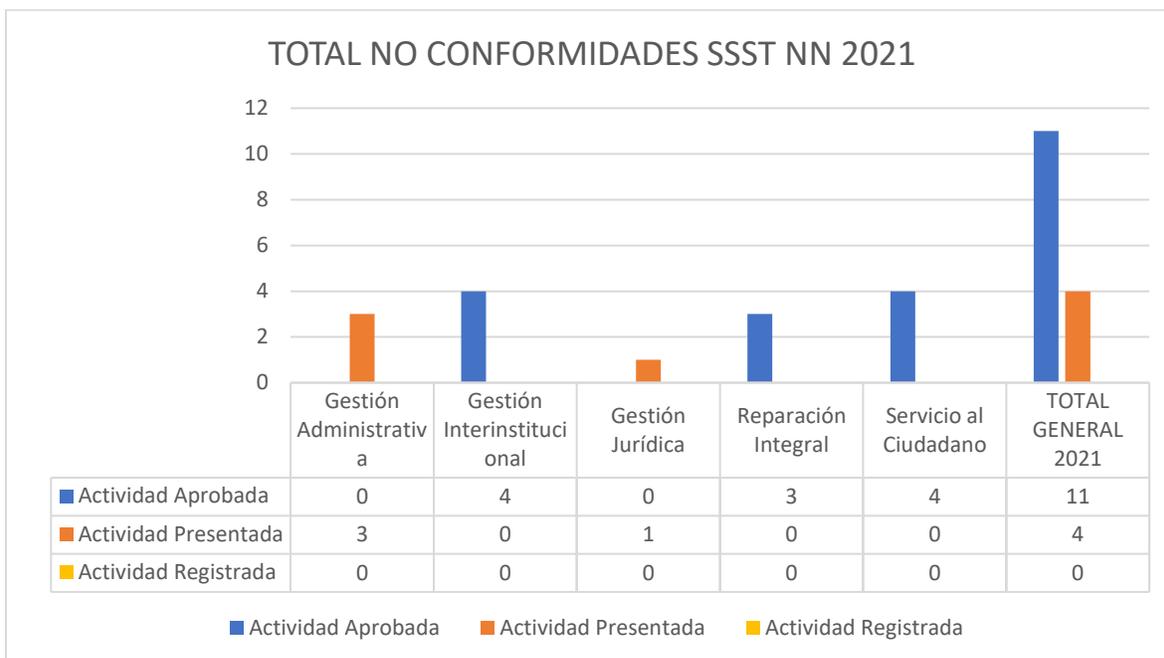
Auditoría interna del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo por proceso 2020:



Auditoría interna del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo por DTs 2021:



Auditoría interna del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo por proceso 2021:



h) Tendencias de los resultados de las auditorías.

El proceso de Evaluación Independiente coordinó el desarrollo de las auditorías del sistema de Gestión de la Calidad a los 18 procesos y 20 Direcciones Territoriales, donde se evaluó el nivel de madurez del sistema, de acuerdo con el cumplimiento de los requisitos establecidos en la norma NTC ISO 9001:2015. Como resultado se obtuvo 18 informes de auditorías internas de los procesos y 19 informes de auditorías de las Direcciones Territoriales, cabe acotar que faltó el informe de la DT. Atlántico el cual no fue entregado por el auditor, donde en el informe ejecutivo se deja una observación por parte de la OCI, así mismo se realizó el consolidado del [Informe ejecutivo de auditoría de calidad - 2021](#) y el [Informe administrativo de auditorías del SIG - 2021](#).

La tendencia de los resultados de los Hallazgos de las NC - Auditorías Internas de Calidad ISO 9001:2015 en los procesos y Direcciones Territoriales, se encuentra en el informe ejecutivo de calidad, publicado en la página web de la entidad en el ítems "Informes finales de auditoría", a través del siguiente enlace, <https://www.unidadvictimas.gov.co/es/planeacion-y-seguimiento/control-interno/42463>.

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|---|--|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

Como resultado del ejercicio expuesto en los informes antes citados, a continuación, se exponen algunas conclusiones a tener en cuenta:

- De acuerdo con los resultados estadísticos obtenidos en las auditorias internas de calidad realizadas al sistema de gestión de la calidad en el marco de la operación por procesos y su interacción con las Direcciones Territoriales, se destaca un nivel de madurez y desempeño progresivo, respecto a la trazabilidad histórica de los últimos años, donde en el periodo 2021 con 60 No Conformidades equivalente al (23.08%), presenta un nivel de mejora representativo referente al periodo 2020 con 78 No Conformidades equivalente al (76.92%). Esto nos indica que el sistema de gestión de la calidad asociado al sistema integrado de gestión de la "Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas" ha mantenido e incrementado su nivel de madurez y desempeño, respecto al cumplimiento de los requisitos de la norma NTC ISO 9001:2015.
- Se recomienda a los líderes de las Direcciones Territoriales y de los Procesos del Nivel Nacional coordinar y articular conjuntamente la realización de los planes de mejoramiento de aquellas No Conformidades asociadas a otros procesos, con el fin de contribuir en la mejora continua. De igual manera establecer mejoras internas referente a las observaciones identificadas para subsanar dichos hallazgos y evitar no conformidades en auditorias futuras, tanto internas como externas.
- Se recomienda a todos los líderes responsables de la implementación de los sistemas integrados de gestión, coordinar la planificación de las diferentes actividades relacionado con la participación de las partes interesadas de la Unidad en las diferentes capacitaciones de los sistemas, con el fin de evitar saturación de información y así contribuir de una manera uniforme en la mejora del conocimiento, la eficacia y la madurez de los sistemas de gestión.
- En cuanto al cumplimiento de los requerimientos del sistema de gestión de la calidad ISO 9001:2015, la Oficina de Control Interno determina que el sistema de gestión es conforme con los requisitos de la norma, pero; exhibe que se puede mejorar cada vez el nivel de desempeño y madurez para lograr la excelencia, tal como se ha venido evidenciando en los tres últimos años.

| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

i) Tendencias del desempeño de los proveedores externos.

**1. PROCESO REPARACIÓN INTEGRAL
DIRECCIÓN DE REPARACIÓN:**

UNIÓN TEMPORAL UNIVIDA AQG 2021:

Objetivo del proveedor: Prestar los servicios operativos para apoyar la organización, producción y realización de las jornadas y/o acciones para la implementación de medidas de reparación integral a las víctimas del conflicto armado que le sean solicitadas por la unidad, de acuerdo con los requerimientos técnicos y de conformidad con el anexo no. 1 "anexo de especificaciones técnicas".

% DE CUMPLIMIENTO DEL PROVEEDOR: 71% con cierre a 31 de diciembre.

| DESCRIPCIÓN CUALITATIVA DEL CUMPLIMIENTO |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. El contratista ha facturado a corte 31 de agosto, 2.091 jornadas tramitadas a través de las áreas de la Dirección de Reparación. 2. El contratista ha facturado jornadas por valor de \$17.195.831.939. 3. Que el contratista ha entregado todas las facturas con los respectivos soportes de manera digital. |

**1.1 SUBDIRECCIÓN DE REPARACIÓN INDIVIDUAL:
BANCO AGRARIO:**

OBJETIVO DEL PROVEEDOR: Prestar servicios bancarios para el pago a los beneficiarios de la medida de indemnización de que trata la Ley 1448 de 2011, el cual se hará, a través de los canales ofrecidos por el BANCO AGRARIO, mediante la modalidad de giro y abono en cuenta.

% DE CUMPLIMIENTO DEL PROVEEDOR: 5% con cierre a 30 agosto de 2021.

| DESCRIPCIÓN CUALITATIVA DEL CUMPLIMIENTO |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Efectuar los pagos a los beneficiarios que determine LA UNIDAD, en los tiempos establecidos en el Acuerdo Operativo (que se suscriba), previa identificación, mediante la presentación por parte del beneficiario de la |

| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

| DESCRIPCIÓN CUALITATIVA DEL CUMPLIMIENTO |
|--|
| <p>cédula de ciudadanía amarilla con hologramas la cual debe ser en original, así como la carta de indemnización y los demás documentos señalados en el Acuerdo Operativo. Los pagos excepcionales con contraseña se realizarán única y exclusivamente acatando las órdenes de los Jueces.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Realizar los pagos o la legalización de la cuenta a las personas designadas que obren en representación de las víctimas de acuerdo con lo establecido en la Ley 1996 del 2019. 3. Realizar la pre-apertura de las cuentas de ahorros a los beneficiarios que determine LA UNIDAD y efectuar los depósitos de los valores indicados por ésta una vez se legalicen las cuentas de ahorro por los beneficiarios y en los tiempos establecidos en el Acuerdo Operativo. 4. Suministrar cheques de gerencia sin cobro alguno para las víctimas, en los casos en que lo solicite el destinatario al momento del pago de su indemnización. |

**1.2 SUBDIRECCIÓN DE REPARACIÓN COLECTIVA:
ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA ALIMENTACIÓN
Y LA AGRICULTURA (FAO):**

OBJETIVO DEL PROVEEDOR: Aunar esfuerzos técnicos, administrativos y financieros entre la Unidad para las Víctimas (UARIV) y la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), para implementar el conjunto integrado de medidas, que buscan restablecer de manera efectiva los derechos de sujetos colectivos étnicos y no étnicos.

% DE CUMPLIMIENTO DEL PROVEEDOR: 70% con cierre a 30 de septiembre.

| DESCRIPCIÓN CUALITATIVA DEL CUMPLIMIENTO |
|---|
| <p>A 30 de septiembre se han realizado actividades que apoyan el cumplimiento de los siguientes productos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Caracterización y diagnóstico familiar y comunitario Ex Ante de sujetos colectivos étnicos priorizados en el departamento de Nariño, al 100%. 2. Adecuación de infraestructura comunitaria para el acceso a agua segura destinada al consumo familiar y comunitario de acuerdo con los usos y costumbres. 3. Fortalecimiento de capacidades familiares y comunitarias para el consumo de agua, ajustado diferencial y culturalmente. |

| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

| DESCRIPCIÓN CUALITATIVA DEL CUMPLIMIENTO |
|---|
| <p>4. Caracterización y diagnóstico familiar y comunitario Ex Ante de sujetos colectivos étnicos priorizados en el departamento de Chocó y Magdalena.</p> <p>5. Mejoramiento de la infraestructura y la producción agropecuaria de sujetos colectivos étnicos priorizados en los departamentos de Chocó y Magdalena.</p> <p>6. Fortalecimiento de capacidades familiares y comunitarias de sujetos colectivos étnicos priorizados en el departamento de Chocó y Magdalena, para la producción, procesamiento y consumo de alimentos ajustado diferencial y culturalmente.</p> <p>7. Fortalecimiento de capacidades organizativas y comerciales de sujetos colectivos étnicos, priorizados en el departamento de Chocó.</p> <p>8. Caracterización y diagnóstico familiar y comunitario Ex Ante de Sujetos de Reparación Colectiva priorizados en Bolívar, Córdoba, Chocó, Magdalena y Nariño.</p> <p>9. Mejoramiento de la infraestructura y la producción agropecuaria de Sujetos de Reparación Colectiva priorizados por la UARIV en los departamentos de Bolívar, Córdoba, Chocó y Magdalena.</p> <p>10. Fortalecimiento de capacidades familiares y comunitarias de Sujetos de Reparación Colectiva priorizados en los departamentos de Bolívar, Córdoba, Chocó y Magdalena, para la producción, procesamiento y consumo de alimentos ajustado diferencial y culturalmente.</p> <p>11. Fortalecimiento de capacidades organizativas y comerciales de sujetos de reparación colectiva, priorizados en el departamento de Magdalena.</p> <p>12. Identificación de metodologías, buenas prácticas y lecciones aprendidas sujetas a ser transferidas entre los profesionales de la UARIV del nivel nacional y de las direcciones territoriales priorizadas y la FAO, con énfasis en implementación, monitoreo y evaluación de proyectos productivos / recuperación agroalimentaria y seguridad alimentaria y nutricional.</p> <p>13. Presentación e intercambio de metodologías, prácticas y lecciones aprendidas a nivel nacional y territorial entre la UARIV del nivel nacional y de las direcciones territoriales priorizadas y la FAO, con énfasis en implementación, monitoreo y evaluación de proyectos productivos / recuperación agroalimentaria y seguridad alimentaria y nutricional.</p> <p>14. Capacitación en metodologías, prácticas y lecciones aprendidas a los profesionales de la UARIV del nivel nacional y de las direcciones territoriales priorizadas y la FAO, con énfasis en implementación, monitoreo y evaluación de proyectos productivos / recuperación agroalimentaria y seguridad alimentaria y nutricional.</p> |

| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO (PNUD):

OBJETIVO DEL PROVEEDOR: Aunar esfuerzos técnicos, administrativos y financieros entre la unidad para la atención y reparación integral a las víctimas y el programa de las naciones unidas para el desarrollo – PNUD, para el fortalecimiento de la dirección de reparación en lo relacionado con la implementación de acciones de los planes de retornos y reubicaciones y de los planes integrales de reparación colectiva.

% DE CUMPLIMIENTO DEL PROVEEDOR: 80% con cierre a 30 de septiembre.

| DESCRIPCIÓN CUALITATIVA DEL CUMPLIMIENTO |
|--|
| <p>Al 30 de septiembre se han realizado actividades que apoyan el cumplimiento de los siguientes productos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se implementaron 37 acciones culturales y deportivas con la entrega de dotaciones. 2. Se tiene adjudicado los proveedores que apoyarán la implementación de las acciones reparadoras con la instalación de paneles solares 3. Se avanza en las visitas a campo para iniciar la operatividad de instalación de los paneles solares. 4. Se avanza en la implementación de las acciones de contrapartida contempladas en el proyecto MPTF para los siguientes sujetos: <ul style="list-style-type: none"> • SRC La Gabarra Construcción de una zona de recreación y cultura para los(as) niños(as) Parque Biosaludables, Construcción de una concha acústica, Adecuaciones del museo de historia de la Gabarra -Casa de la Paz y Dotación a 14 Instituciones Educativas de materiales escolares, lúdicos y tecnológicos. Suministro de menaje para los restaurantes escolares de las IES. • SRC Vereda Guatemala: Mejoramiento de la cancha de fútbol con adecuación de gramilla y malla de encerramiento. • SRC Comunidad Afro de Bellavista: Recuperación de la casa • SRC Consejo comunitario mayor del bajo Atrato Cocomanguia: Apoyar la construcción de 1 centros comunitario en Ticolé donde la comunidad pueda realizar las actividades y reuniones de manera digna. • SRC Consejo comunitario mayor del bajo Atrato Cocomanguia: Apoyar la construcción de 2 centros comunitarios en Casa del Puerto donde la comunidad pueda realizar las actividades y reuniones de manera digna. • SRC Vereda San Joaquín Casa de la cultura y caseta comunal para la comunidad. |

| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

| DESCRIPCIÓN CUALITATIVA DEL CUMPLIMIENTO |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • SRC Resguardos de Toribio y San Francisco- Proyecto Nasa: Construcción y dotación de la sede de la emisora Nasa Stereo, que ha sido afectada por los atentados terroristas y Reconstrucción de la Emisora Nasa Estéreo y Fortalecimiento de los currículos escolares apropiados a la cultura Nasa. <p>5. Se está avanzando en los siguientes productos de contrapartida:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desayuno con Donantes 21 de octubre. • Visita del director de UARIV y director adjunto del PNUD a New York: 27 al 29 de octubre. • Entrega de soporte de insumos Covid19 a UARIV, • Sistematización de estrategia de monitoreo y seguimiento de 37 acciones de RC • Video documental de la instalación de los paneles solares en 10 comunidades (9 étnicas y 1 no étnica). Incluye tomas áreas, proceso de instalación y apropiación del uso y disfrute de la energía renovable. |

ORGANIZACIÓN DE ESTADOS IBEROAMERICANOS – OEI:

OBJETIVO DEL PROVEEDOR: Aunar esfuerzos técnicos, administrativos y financieros entre la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas y la Organización de Estados Iberoamericanos - OEI para el fortalecimiento de la Dirección de Reparación en lo relacionado con la implementación de acciones de los planes de retornos y reubicaciones y de los planes integrales de reparación colectiva.

% DE CUMPLIMIENTO DEL PROVEEDOR: 80% con cierre a 30 de septiembre.

| DESCRIPCIÓN CUALITATIVA DEL CUMPLIMIENTO |
|--|
| <p>Al 30 de septiembre se han realizado actividades que apoyan el cumplimiento de los siguientes productos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Reparación Colectiva consolido las necesidades de los bienes que apoyan la implementación de las 102 acciones reparadoras en las líneas de biomédicos, equipos tecnológicos y periféricos, compra y entrega de bienes y productos agropecuarios, equipos náuticos, de emprendimiento y fortalecimiento de unidades productivas, compra y entrega de maquinaria y equipo de trabajo, equipos de audio y video y elementos culturales y deportivos. 2. El cooperante está avanzando en los procesos de adquisición y entrega de los bienes las cuales se realizarán en la presente vigencia. 3. El cooperante solicitó el primer desembolso cumpliendo con los siguientes productos: |

| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

| DESCRIPCIÓN CUALITATIVA DEL CUMPLIMIENTO |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Documento del Plan Operativo de Trabajo y ejecución del convenio, donde se discrimine actividades, presupuesto y cronograma, revisado y avalado por la Unidad. • Certificado en el que se evidencie el compromiso de: (i) el transporte; (ii) entrega y prueba en sitio de los bienes relacionados en cada línea de inversión (iii) la capacitación técnica y de uso de los bienes relacionados en cada línea de inversión (iv) la garantía del Fabricante de los bienes relacionados en cada línea de inversión (v) Garantía del Cooperante la cual deberá ser por mínimo de seis (6) meses lo cual dependerá del tipo de bien e incluir el mantenimiento correctivo en los casos que aplique; (vi) el stock en el mercado de repuestos, partes y consumibles originales y no remanufacturados de los bienes relacionados en cada línea de inversión. • Documento que dé cuenta del avance en la realización de sondeos de mercado y/o cotizaciones sobre los bienes y servicios requeridos para la implementación de acciones de los planes de retorno y reubicación, y las medidas de los planes de reparación colectiva. |

**1.3 GRUPO DE ENFOQUE PSICOSOCIAL:
COMITATO INTERNAZIONALE PER LO SVILUPPO DEI POPOLI – CISP -
Convenio No. 1268-2021 EREG NAC:**

OBJETIVO DEL PROVEEDOR: Aunar esfuerzos técnicos, administrativos y financieros entre La Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas y CISP para ejecutar la Implementación de la estrategia de reparación integral, en su modalidad grupal e individual, el seguimiento a los Esquemas especiales de acompañamiento y el apoyo a la ruta comunitaria del proceso de retornos y reubicaciones.

% DE CUMPLIMIENTO DEL PROVEEDOR: 80% con cierre a 11-10-2021.

| DESCRIPCIÓN CUALITATIVA DEL CUMPLIMIENTO |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. La ejecución del convenio se ha visto afectada por la ola de violencia que está atravesando el país, misma que ha provocado el retiro de tres profesionales en los municipios de Cauca, Florencia y Samaniego en el departamento del Cauca y el retiro de dos profesionales en Samaniego y Samaná en el departamento de Nariño por amenazas directas a los profesionales. 2. El convenio se encuentra sin profesional en el CRAV del Charco en Nariño. |

| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

| DESCRIPCIÓN CUALITATIVA DEL CUMPLIMIENTO |
|--|
| <p>3. A la fecha, se encuentran abiertos 8 CRAV (Pereira – Apartado – Santa Marta – Curumani – La Palma – Soacha) en donde se encuentran los profesionales psicosociales implementando las atenciones presenciales y no presenciales.</p> <p>4. La implementación de la estrategia no ha alcanzado el porcentaje esperado dadas las circunstancias de afectación por el COVID – 19, Violencia y Ola invernal en los municipios.</p> <p>5. Se viene haciendo un seguimiento a líder por líder entre la supervisión de la UNIDAD y CISP, revisando las alternativas que se pueden usar para la completa ejecución de la meta.</p> <p>6. A la fecha se han realizado DOS desembolsos.</p> |

**COMITATO INTERNAZIONALE PER LO SVILUPPO DEI POPOLI – CISP -
Convenio No. 1260-2021 – EREG EX:**

OBJETIVO DEL PROVEEDOR: Aunar esfuerzos técnicos, administrativos y financieros entre la Unidad para las Víctimas y CISP para aportar a la reparación de las víctimas colombianas en el exterior, a través del apoyo a su proceso de integración local en los países de acogida o el retorno a Colombia, el fortalecimiento de los procesos organizativos de víctimas en el exterior e implementar medidas de rehabilitación psicosocial y satisfacción a través de la Estrategia de Recuperación Emocional Grupal y la Estrategia de Atención Psicosocial Individual.

% DE CUMPLIMIENTO DEL PROVEEDOR: 60% con cierre a 11-10-2021.

| DESCRIPCIÓN CUALITATIVA DEL CUMPLIMIENTO |
|---|
| <p>Se tramita la Solicitud del Modificadorio No. 1 del convenio entre otros señalo los puntos principales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • MODIFICAR en el ANEXO 1 del Convenio No. 1260-2021, LUGAR DE EJECUCIÓN Y PROFESIONALES REQUERIDOS se elimina Ciudad de Panamá (2 profesionales) y se agrega la ciudad de San Lorenzo en Ecuador (1 profesional). • PRORROGAR el plazo de ejecución del convenio No. 1260 – 2021, establecido en la cláusula SEXTA. - PLAZO DE EJECUCIÓN adicionando un mes. • MODIFICAR la meta quedando una meta general de atención a Víctimas en el exterior. |

| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

| DESCRIPCIÓN CUALITATIVA DEL CUMPLIMIENTO |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • MODIFICAR en la cláusula QUINTA. - VALOR DEL CONVENIO, APORTES DE LAS PARTES Y FORMA DE LOS DESEMBOLSOS el PARÁGRAFO QUINTO. - FORMA DE LOS DESEMBOLSOS. • MODIFICAR en la cláusula QUINTA. - VALOR DEL CONVENIO, APORTES DE LAS PARTES Y FORMA DE LOS DESEMBOLSOS el PARÁGRAFO SEXTO. - REQUISITOS PARA EL DESEMBOLSO. • Se le termina el contrato al profesional de San Jose de Cota Rica, toda vez que no alcanzo las metas para los meses de junio y Julio, la profesional de Esmeraldas solicita la renuncia del contrato. • A la fecha se han realizado DOS desembolsos. |

**1.4 GRUPO DE RETORNOS Y REUBICACIONES:
COMITÉ INTERNACIONAL PARA EL DESARROLLO DE LOS PUEBLOS
"CISP"**

OBJETIVO DEL PROVEEDOR: Aunar esfuerzos técnicos, administrativos y financieros entre La Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas y CISP para ejecutar El seguimiento a los esquemas especiales de acompañamiento y el apoyo a la ruta comunitaria del proceso de Retornos y Reubicaciones.

% DE CUMPLIMIENTO DEL PROVEEDOR: 80%

| DESCRIPCIÓN CUALITATIVA DEL CUMPLIMIENTO |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Avances en la subsanación de la información, realizando verificación y análisis de las bases de datos de los EEAF y EEAC, con los respectivos soportes y/o que evidencian su gestión. 2. Se ha realizado seguimiento a 851 esquemas especiales de acompañamiento familiar y 6 a esquemas especiales de acompañamiento comunitario. 3. Organización y digitalización de la información de los EEAF y EEAC generada durante todo su proceso de acuerdo con las directrices definidas por la UARIV. 4. Se ha adelantado el proceso de contactabilidad de las víctimas que en el seguimiento al EEAF manifestaron estar interesadas para inclusión en su proceso de formalización. 5. Se realizo el proceso de seguimiento a las alcaldías municipales que fueron intervenidas en los EEAF 2020 frente a los compromisos adquiridos por |

| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

| DESCRIPCIÓN CUALITATIVA DEL CUMPLIMIENTO |
|--|
| <p>ellos, actualmente se está realizando segunda fase de seguimiento a dichas alcaldías y verificar avances frente a estos compromisos.</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Se elaboro la estructura metodológica enmarcada en el ambiente estado - víctima apunta a la reflexión crítica del proceso de implementación del seguimiento a los Esquemas Especiales de Acompañamiento y a la ruta comunitaria de retornos y reubicaciones, a partir de tres (3) categorías de análisis: Generación de capacidades, relacionamiento víctimas – estado, Direccionamiento estratégico en proyectos dirigidos a víctimas. 7. Se han apoyado desde el mes de mayo a la fecha del presente informe la actualización y seguimiento a las acciones encaminadas al cumplimiento de las metas del proceso de retornos y reubicaciones desde el nivel territorial y en el nivel nacional. 8. Se está finalizando la elaboración del documento estratégico que permite realizar el análisis y diagnostico para la articulación de los planes de retornos y reubicaciones con los planes de acciones territoriales (PAT). 9. Se avanzo en la implementación del formulario de recolección de información para iniciar con las actividades de análisis y documentación de buenas prácticas para el acompañamiento en el proceso de retornos y reubicaciones. |

**1.5 FONDO DE REPARACIÓN:
CONSORCIO SESCON:**

OBJETIVO DEL PROVEEDOR: Contratar el servicio para la provisión de personal temporal en misión para el apoyo en labores misionales del fondo para la reparación de las víctimas (FRV), en cuanto a la administración de los bienes, diligencias de alistamiento y recepción. **FECHA DE INICIO:** 18/08/2021 - **FECHA DE FINALIZACIÓN:** 31/12/2021

% DE CUMPLIMIENTO DEL PROVEEDOR: 31,85% con cierre a 30 DE SEPTIEMBRE DE 2021, en ejecución física del contrato.

| DESCRIPCIÓN CUALITATIVA DEL CUMPLIMIENTO |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Vincular a los trabajadores en misión en los centros de costos; Plantación palmar cosechando paz-, plantación maderera sembramos país, plantación cauchero frutos de perdón, plantación palmar renacer de esperanza, |

| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

| DESCRIPCIÓN CUALITATIVA DEL CUMPLIMIENTO |
|---|
| <p>plantación palmar semillas de reconciliación, plantación palmar rancho santa teresa, equipo de auxiliares de mantenimiento, equipo Bogotá.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Realizar inducción presencial o virtualmente donde se presenten las políticas de la empresa, donde resalten las posibles causas de despido de los trabajadores en misión temporal. 3. Efectuar la afiliación a los trabajadores en misión requeridos, al Sistema Integral de Seguridad Social y Parafiscales en los términos de ley, específicamente en la Administradora de Riesgos Laborales – ARL la empresa temporal debe afiliar a nivel de riesgo 5 a todo el personal. 4. Efectuar el pago al sistema de seguridad social integral de los trabajadores en misión temporal, lo cual debe ser acreditado dentro de los términos establecidos según el último dígito del NIT. 5. Suministrar al personal en misión, los tiquetes aéreos, transporte terrestre, fluvial, servicio de camioneta y gastos de viajes requeridos para el desplazamiento de estos a las diferentes zonas definidas y descritas en la solicitud de viaje, de acuerdo con lo solicitado en el anexo denominado Especificaciones Técnicas. 6. Entregar carnés a los trabajadores en misión, se debe realizar la entrega de los carnés personalmente. |

2. PROCESO GESTIÓN PARA LA ASISTENCIA Y SERVICIO AL CIUDADANO

2.1. SUBDIRECCIÓN DE ASISTENCIA Y ATENCIÓN HUMANITARIA EFECTIVO LTDA.

OBJETIVO DEL PROVEEDOR: contratar la prestación del servicio postal de pago para efectuar de entrega de las sumas de dinero de asistencia humanitaria a las víctimas del conflicto armado interno, en todo el territorio nacional, de conformidad con las especificaciones técnicas dispuestas en el Instrumento de Agregación de Demanda de Servicios Postales de Pago No. CCE-247-IAD-2020 y el anexo Técnico Para La Prestación De Servicios De Dispersión Y Entrega Transferencias Monetarias Condicionadas.

% CUMPLIMIENTO PROVEEDOR: 53% avance físico de ejecución.

| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

| DESCRIPCIÓN CUALITATIVA DEL CUMPLIMIENTO |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Con base en las disposiciones de la Ley 1448 de 2011, el operador Efectivo LTDA ha cumplido con las políticas de calidad, desarrollo y gestión de la Unidad, con relación a la prestación del servicio postal de pago, para la entrega de sumas de dinero de asistencia humanitaria a las víctimas de conflicto armado interno, a través de los canales dispuestos para tal fin. 2. Así mismo, la operación se ha llevado a cabo de acuerdo con lo dispuesto en el Acuerdo Marco de Precios de Operadores Postales de Pago. |

2.2. GRUPO DE SERVICIO AL CIUDADANO

OUTSOURCING S.A.

OBJETIVO DEL PROVEEDOR: prestar los servicios BPO requeridos para efectuar el proceso de atención de servicio al ciudadano a víctimas del conflicto armado, así como los procesos de documentación, validación de beneficiarios para la medida de indemnización y respuesta de fondo a las solicitudes sobre el reconocimiento al derecho de esta medida, de conformidad con lo dispuesto en el Acuerdo Marco para la prestación de servicios BPO II CCE-025-AMP-2021.

% CUMPLIMIENTO PROVEEDOR: 57% avance físico de ejecución.

| DESCRIPCIÓN CUALITATIVA DEL CUMPLIMIENTO |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. El operador Outsourcing S.A., ha cumplido con las políticas de calidad en los servicios que prestan a la Unidad, con soluciones eficientes que optimizan las operaciones de los canales de atención que integran el Grupo de Servicio al Ciudadano (Presencial, Telefónico y virtual y Escrito), con el fin de brindar a la población víctima del conflicto un servicio eficiente y eficaz. 2. Así mismo, la operación se ha llevado a cabo de acuerdo con lo dispuesto en el Acuerdo Marco de Precios de Servicios BPO II. |

Estos dos contratos con los proveedores EFECTIVO LTDA., y OUTSOURCING S.A. cuentan con vigencias futuras desde la vigencia 2020.

3. PROCESO PREVENCIÓN DE HECHOS VICTIMIZANTES

3.1. SUBDIRECCIÓN DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE EMERGENCIAS

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|--|-------------|-------------------|------------------|
| PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 88 de 295 |



CI ALLIANCE - COMISIONISTA COMPRADOR COMIAGRO S.A. - Tipo de contrato: CONTRATO DE COMISION

OBJETIVO DEL PROVEEDOR: contratar los servicios de un operador logístico para la adquisición, transporte y suministro de productos alimenticios y no alimenticios con destino a la población víctima del conflicto armado interno, en cualquier departamento, municipio, corregimiento o vereda del territorio nacional a través de la Bolsa Mercantil de Colombia.

% CUMPLIMIENTO DEL PROVEEDOR: Cumplimiento del 100% de las entregas de Ayuda Humanitaria en Especie.

| DESCRIPCIÓN CUALITATIVA DEL CUMPLIMIENTO |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. El comitente vendedor ha cumplido al 100% con las entregas en las solicitudes de kits de Ayuda Humanitaria en Especie en el marco del contrato de comisión C-1145-2021 ciñéndose a las instrucciones que le imparta la entidad estatal y a las normas que regulan este tipo de contrato. 2. Adicional a lo anterior el avance físico de la operación se encuentra en un 77,09%. |

SOLUCIONES INTEGRALES UNION SAS – COMISIONISTA COMPRADOR COMIAGRO - Tipo de contrato: CONTRATO DE COMISION

OBJETIVO DEL PROVEEDOR: contratar el apoyo logístico para la adquisición, suministro y transporte de materiales para la construcción, adecuación y dotación mobiliaria para infraestructura social y comunitaria, con destino a la población víctima del conflicto armado interno.

% CUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA: 0% - no se han realizado entregas con corte a 30 de septiembre del 2021, por lo cual, no se puede identificar el cumplimiento del contratista. No se han realizado entregas de materiales de construcción y/o dotación de mobiliario en el marco del contrato de comisión C-1396 por lo cual, no se puede identificar el cumplimiento del contratista de acuerdo con las instrucciones que le imparta la entidad estatal y a las normas que regulan este tipo de contrato. El avance físico de la operación se encuentra en un 0,00% y se espera iniciar operación en el mes de octubre.

UNION TEMPORAL PROAGRO 2021 - COMISIONISTA COMPRADOR COMFINAGRO - Tipo de contrato: CONTRATO DE COMISION

| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

OBJETIVO DEL PROVEEDOR: contratar el apoyo logístico para adquirir, entregar, y suministrar bienes y productos agropecuarios, con destino a la población víctima del conflicto armado interno, a través de la Bolsa Mercantil de Colombia S.A.

% CUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA: 0% - no se han realizado entregas con corte a 30 de septiembre del 2021, por lo cual, no se puede identificar el cumplimiento del contratista. No se han realizado entregas de insumos agropecuarios en el marco del contrato de comisión C-1431 por lo cual, no se puede identificar el cumplimiento del contratista de acuerdo con las instrucciones que le imparta la entidad estatal y a las normas que regulan este tipo de contrato. El avance físico de la operación se encuentra en un 0% y se espera iniciar operación en el mes de octubre.

CONSORCIO UNIDAD V - COMISIONISTA COMPRADOR COMIAGRO S.A.

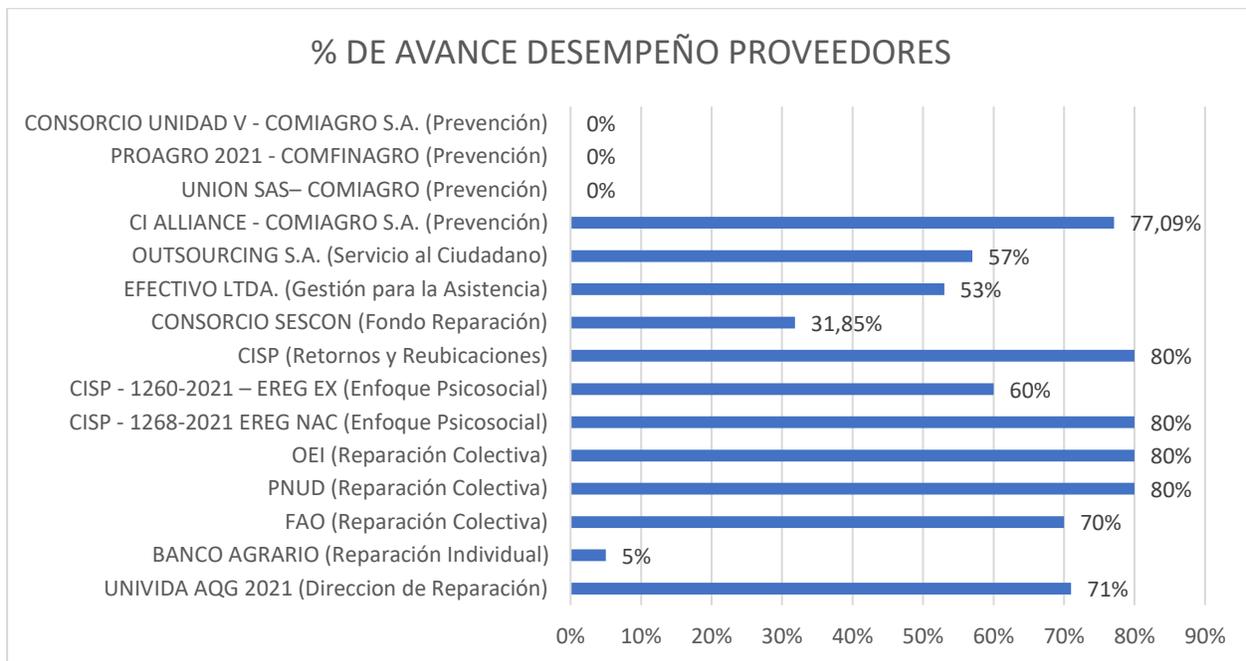
- Tipo de contrato: CONTRATO DE COMISION

OBJETIVO DEL PROVEEDOR: contratar a través de la Bolsa Mercantil de Colombia el Servicio de Transporte Multimodal Terrestre con Conductor, a todo costo, para transporte de funcionarios, colaboradores, población víctima o en riesgo, material o equipos, para la atención inmediata de Emergencias en zonas de riesgo, misiones humanitarias y la prevención de hechos victimizantes en todo el territorio nacional.

% CUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA: 0% - no se han realizado servicios de transporte con corte a 30 de septiembre del 2021, por lo cual, no se puede identificar el cumplimiento del contratista. No se han realizado servicios de transporte en el marco del contrato de comisión C-1424 por lo cual, no se puede identificar el cumplimiento del contratista de acuerdo con las instrucciones que le imparta la entidad estatal y a las normas que regulan este tipo de contrato. El avance físico de la operación se encuentra en un 0% y se espera iniciar operación en el mes de octubre.

Resultado del análisis del desempeño de los proveedores más relevantes dentro de los procesos misionales de la Unidad, y que aportan al cumplimiento de los objetivos del Sistema Integrado de Gestión, se presenta el porcentaje de avance en el desempeño de los proveedores en la siguiente gráfica:

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|--|-------------|-------------------|------------------|
| PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 90 de 295 |



En síntesis, se puede observar que el desempeño de los proveedores externos de la Unidad para las Víctimas poseen una articulación con los diferentes sistemas de gestión, y se trabaja de manera articulada buscando siempre la satisfacción de las partes interesadas. Es así, que se ha podido consolidar una cantidad de acciones encaminadas al cumplimiento de los diferentes tipos de requisitos (legales, del cliente, de la organización y de las normas) generando valor en las acciones misionales y en las de apoyo, enfocadas al fortalecimiento de los Sistemas de Gestión:

| ACCION | EVIDENCIA |
|--|--|
| Actualización del manual de supervisión en donde se incluyen temas de Calidad, Seguridad y salud en el Trabajo, y Ambientales. | Manual de Supervisión |
| Revisión de los documentos pre y contractuales por parte de los Sistemas de Gestión Ambiental, Seguridad de la Información, y Seguridad y Salud en el Trabajo. | Documentos Pre y Contractuales |
| Articulación de los enlaces SIG en la construcción de las obligaciones contractuales. | Documentos Pre y Contractuales |
| Inclusión de obligaciones contractuales asociadas al cumplimiento de los lineamientos dados frente a los Sistemas de Gestión adoptados por la Entidad. | Documentos Contractuales |
| Inclusión de nuevas actividades en el marco del objeto contractual dirigidas a cumplir las necesidades y expectativas de las partes interesadas. | Actas de Reunión de Seguimiento y Correos Electrónicos |

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|---|--|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

| ACCION | EVIDENCIA |
|--|--|
| Solicitudes de adecuación de la operación de acuerdo con las obligaciones contractuales definidas para mejorar las calidades y cualidades de los insumos y servicios prestados por los operadores. | Actas de Reunión de Seguimiento y Correos Electrónicos |

j) La adecuación de los recursos.

| DESCRIPCIÓN DEL RECURSO | TIPO DE RECURSO | | | | RECURSOS ASIGNADOS 2020 | RECURSOS ASIGNADOS 2021 | RECURSOS EJECUTADOS | SUFICIENCIA | | NECESIDAD 2022 |
|---|-----------------|-----|-----|-----|-------------------------|---------------------------|-------------------------|-------------|----|------------------------|
| | PER | INF | TEC | FIN | | | | SI | NO | |
| CONTRATISTAS DE PRESTACION DE SERVICIOS | x | | | | | \$896.531.589 | \$594.593.528 | x | | \$662.625.000 |
| CONTRATISTAS DE PRESTACION DE SERVICIOS - TRASNVERSALES SIG | x | | | | | \$199.535.919 | \$129.479.851 | x | | \$662.625.000 |
| APOYO A DIRECCIONES TERRITORIALES (viáticos - tiquetes) | | | | x | | \$ 140.000.000 | \$65.346.208 | x | | \$119.197.066 |
| AFILIACIÓN ICONTEC | | | | x | | \$4.929. 242 | \$4.929. 242 | x | | \$5.200.000 |
| AUDITORIA DE SEGUIMIENTO SG CALIDAD Y SG - SST | | | | x | | \$119.655.555 | No ha sido ejecutado | x | | \$150.000.000 |
| INSCRIPCION PREMIO IBEROAMERICANO | | | | x | | \$13.928.501,60 | \$13.928.501,60 | x | | N/A |
| TOTAL | | | | | | \$1.374.580.805,60 | \$808.277.330,60 | | | \$1.599.647.066 |

Con corte al 30 de septiembre de la presente anualidad, se cuenta con una asignación presupuestal de \$1.374.580.805,60, con una ejecución a la fecha de corte de \$808.277.330,60 representado una ejecución del 58.80%.

Para una mejor comprensión de los ítems tenidos en cuenta, a continuación, se desglosan los mismos:

- Son aquellos recursos que, fueron destinados para contribuir y apoyar los procesos de formación y capacitación, dirigidos a enlaces SIG de las Direcciones Territoriales en materia del Sistema de Gestión de Calidad, en virtud de las auditorías internas y externas respectivamente.

| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

- Contratistas de prestación de servicios: Hace referencia a los Profesionales contratados a través de la modalidad de Prestación de Servicios, que apoyan mediante el cumplimiento de sus actividades contractuales la implementación, mantenimiento y seguimiento del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, así como también la puesta en marcha y mejora continua de los Sistemas de Gestión de la entidad.
- Contratistas de prestación de servicios – Transversales SIG: Hace referencia a los Profesionales contratados a través de la modalidad de Servicios, que apoyan la actualización de la plataforma estratégica y su relación con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión-MIPG, los sistemas integrados, de conformidad con los estándares internacionales.
- Recursos destinados al pago por concepto de Afiliación ante el INCONTEC, con el fin de mitigar costos asociados a la materialización y puesta en marcha de las auditorias externas a los sistemas de gestión.
- Recursos destinados al pago por concepto de inscripción al **Premio Iberoamericano de la Calidad**, el cual se desarrolla con la colaboración de los Premios Nacionales y Regionales Asociados de los diferentes países de Iberoamericanos. Es de tener en cuenta que, el citado premio tiene por objeto, Reconocer la Excelencia de la Gestión en materia institucional de las entidades participantes.

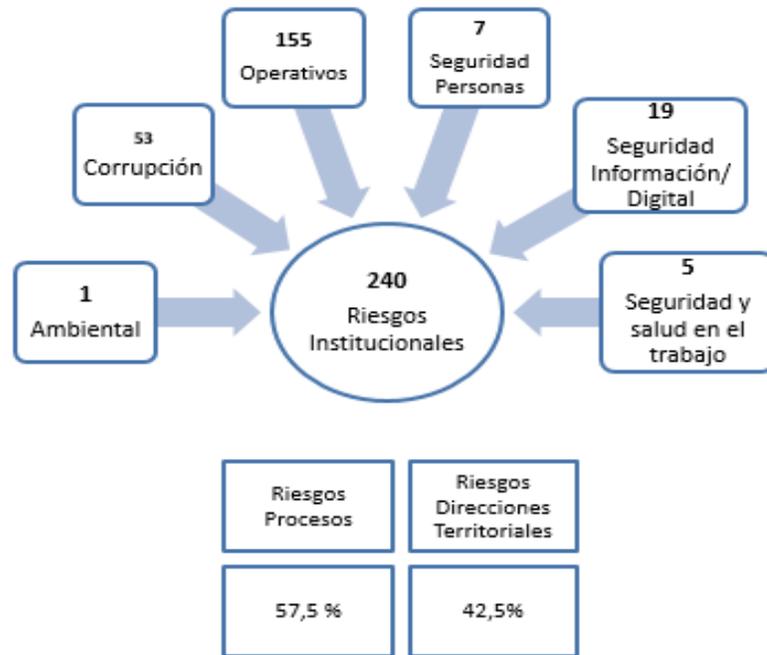
k) La eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y las oportunidades.

La Unidad para la Víctimas identifica, valora y mitiga los factores de riesgo a los cuales pueda estar expuesta la Entidad en el cumplimiento de sus objetivos y toma acciones frente a los mismo, como parte de este propósito, se hace necesario realizar un control periódico frente a las acciones abordadas para gestionar los riesgos y adicionalmente identificar los riesgos que se han materializado.

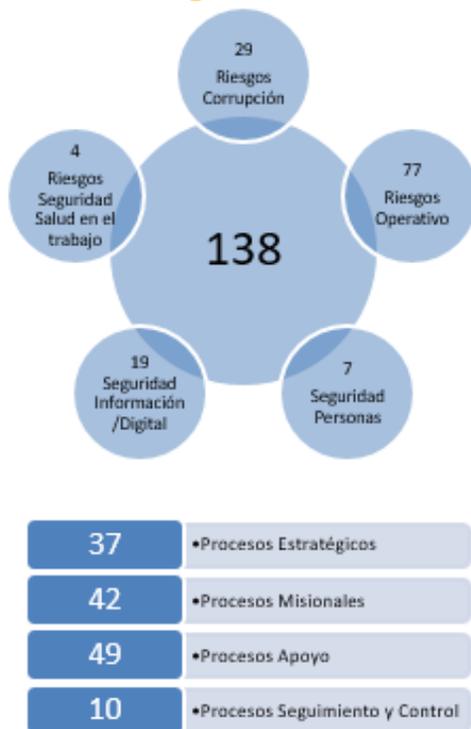
1. Riesgos identificados

Actualmente contamos con un total de 240 identificados en sus diferentes tipologías así:

Riesgos Identificados



Riesgos Proceso



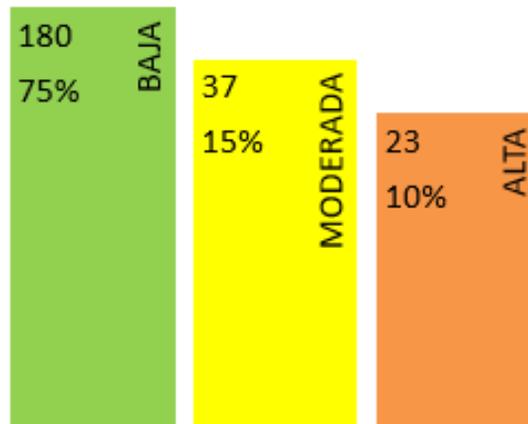
Riesgos Direcciones Territoriales

| DIRECCION TERRITORIAL | Corrupción | Operativo | Total general |
|-----------------------------|------------|-----------|---------------|
| ANTIOQUIA | 2 | 4 | 6 |
| ATLANTICO | 1 | 2 | 3 |
| BOLIVAR Y SAN ANDRES | 2 | 5 | 7 |
| CAQUETÁ / HUILA | 1 | 5 | 6 |
| CAUCA | 1 | 3 | 4 |
| CENTRAL | 1 | 5 | 6 |
| CESAR / GUAJIRA | 1 | 4 | 5 |
| CHOCÓ | 1 | 4 | 5 |
| CORDOBA | 1 | 3 | 4 |
| EJE CAFETERO | 2 | 3 | 5 |
| MAGDALENA | 1 | 4 | 5 |
| MAGDALENA MEDIO | 1 | 4 | 5 |
| META / LLANOS ORIENTALES | 1 | 3 | 4 |
| NARIÑO | 1 | 4 | 5 |
| NORTE DE SANTANDER / ARAUCA | 1 | 3 | 4 |
| PUTUMAYO | 1 | 6 | 7 |
| SANTANDER | 2 | 3 | 5 |
| SUCRE | 1 | 8 | 9 |
| URABA / DARIEN | 1 | 2 | 3 |
| VALLE | 1 | 3 | 4 |
| TOTAL | 24 | 78 | 102 |

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|---|--|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

A resaltar que el 75% de los riesgos se encuentran en zona de severidad baja, resultado de la gestión de los procesos y direcciones territoriales a través de sus controles existentes y planes de acción.

Zona de Severidad Residual



2. Riesgos Materializados

Durante el periodo 2021 al tercer trimestre se han materializaron 18 riesgos en procesos del Nivel Nacional y 4 riesgos en las Direcciones Territoriales. Dando cumplimiento a el Procedimiento de Administración de Riesgos y La Metodología de Administración de riesgos de la Unidad los procesos que reportaron riesgos materializados generan acciones correctivas con el objetivo de tomar acciones frente a las causas del riesgo, estas acciones son ingresadas al aplicativo SISGESTION y aprobadas por las Oficina Asesora de Planeación como parte de la gestión frente a los riesgos materializados.

| Tipo de riesgo | Riesgo | Proceso | Enero -Marzo | Abril- Junio | Julio- Octubre - | Total general |
|----------------|--|-----------------------|--------------|--------------|------------------|---------------|
| Operativo | Inoportunidad en las respuestas de las solicitudes realizadas por las víctimas | SERVICIO AL CIUDADANO | 1 | 1 | 1 | 3 |
| | Incumplimiento en los términos de la notificación de las actuaciones administrativas | SERVICIO AL CIUDADANO | 1 | 1 | 1 | 3 |
| | Incumplimiento en los términos establecidos por la ley para la valoración de las solicitudes de inscripción en el Registro Único de Víctimas – RUV | REGISTRO Y VALORACION | 1 | 1 | 1 | 3 |

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|---|--|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

| | | | | | | | |
|--|---|------------------------------|----------|----------|----------|--|-----------|
| | que cuenten con los requisitos mínimos. | | | | | | |
| | Incumplimiento en el tiempo de respuesta. | REGISTRO Y VALORACION | | 1 | 1 | | 2 |
| | Inoportunidad en la entrega de cartas de indemnización administrativa | CAQUETA- HUILA | 1 | | | | 1 |
| | Realizar estrategias complementarias como jornadas de atención y/o ferias y servicios | META - LLANOS ORIENTALES | | | 1 | | 1 |
| | Imposibilidad de realizar las estrategias complementarias como jornadas de atención y/o ferias de servicios | PUTUMAYO | | 1 | | | 1 |
| Corrupción | Uso inadecuado de la información por parte de servidores y/o terceros de la Dt con el objetivo de obtener un beneficio propio | NARIÑO | | 1 | | | 1 |
| Seguridad de la Información | Pérdida parcial o total de la Confidencialidad, integridad y/o Disponibilidad de los sistemas de información y/o la información registrada en documento físico o digital. | GESTIÓN DOCUMENTAL | | | 1 | | 1 |
| Publico/Seguridad en las personas | Amenaza interna o externa a servidor público en desarrollo de sus funciones o actividades | DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO | | | 2 | | 2 |
| Seguridad y salud en el trabajo | Afectación de la integridad de las personas por la ocurrencia de accidentes de trabajo | TALENTO HUMANO | 1 | | 1 | | 2 |
| | Materialización de sintomatologías en riesgos de salud publica (cardiovascular, psicosocial, visual, biomecánico o DME, biológico (epidemias o pandemias)) | TALENTO HUMANO | 1 | 1 | | | 2 |
| Total general | | | 6 | 7 | 9 | | 22 |

3. Gestión 2021

Contexto Institucional

Actualización y publicación de Guía de análisis de Contexto Institucional y herramientas de análisis para procesos y direcciones territoriales

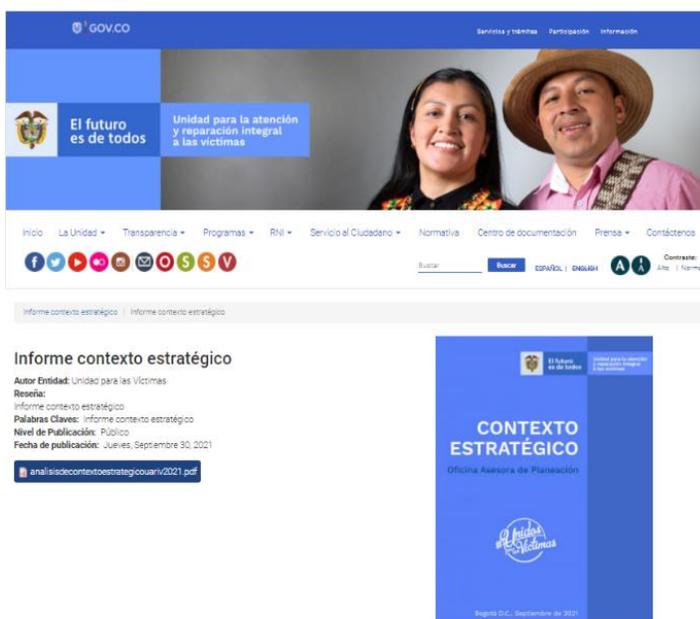


| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

Mesas de trabajo y acompañamiento con los 18 Procesos y 20 Direcciones Territoriales con el fin de realizar el análisis de Contexto Institucional, resultado de este ejercicio se obtuvo:



Consolidación y Publicación en página web del Contexto Institucional 2021, Herramientas de Análisis de Contexto Procesos y Direcciones Territoriales.



GOV.CO

El futuro es de todos. Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas

Inicio La Unidad Transparencia Programas RNI Servicio al Ciudadano Normativa Centro de documentación Prensa Contáctenos

Informe contexto estratégico | Informe contexto estratégico

Informe contexto estratégico

Autor Entidad: Unidad para las Víctimas

Reseña: Informe contexto estratégico

Palabras Claves: Informe contexto estratégico

Nivel de Publicación: Público

Fecha de publicación: Jueves, Septiembre 30, 2021

[analisiadecontextoestrategicoanr/2021.pdf](#)

CONTEXTO ESTRATÉGICO

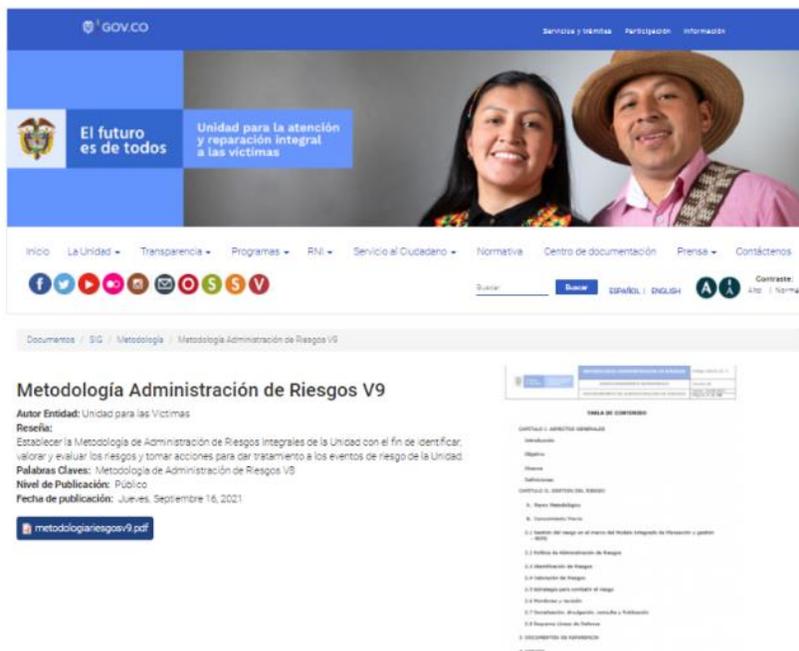
Oficina Asesora de Planeación

Registro D.C., Septiembre de 2021

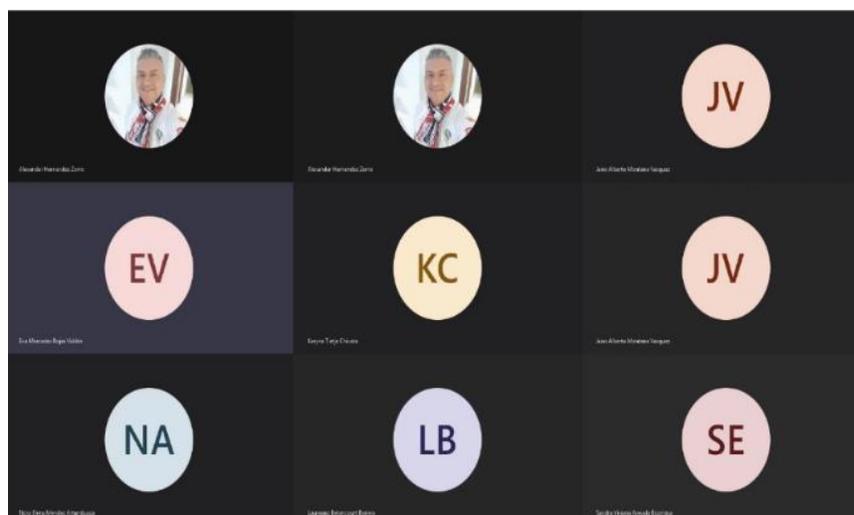
| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

Política y Metodología de Riesgos

Actualización y aprobación de Política y metodología de Riesgos en Comité de Gestión y desempeño Institucional bajo la nueva Guía de Administración de Riesgos emitida por el DAFP.



Socialización con acompañamiento del DAFP a Direcciones Territoriales y procesos de los cambios y ajustes efectuados a la Política y Metodología de Riesgos de la Unidad, bajo ejercicio Teórico – Práctico con piloto de actualización de riesgos al Proceso de Reparación Integral.



10.14.15-24 V1

| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

| | | |
|--|--|--------------------------------------|
|  El Futuro es de Todos | METODOLOGÍA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS | Código:100_01_20-1 |
| | DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO | Versión: 00 |
| | PROCEDIMIENTO DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS | Fecha: 30/04/2013 Página 14 de 55 |

4.2.3 Descripción del riesgo

Inicia con la frase **POSIBILIDAD DE** y se analizan los siguientes aspectos dependiendo la clasificación del riesgo:

4.2.3.1 Estructura de redacción riesgos Operativos/Gestión /SST /Ambientales



Ejemplo:

Riesgo: Posibilidad de incurrir en pérdidas económicas por multa o sanción del ente regulador debido a transmitir tarde el balance.

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

Causa inmediata: Circunstancias o situaciones más evidentes sobre las cuales se presenta el riesgo, las mismas no constituyen la causa principal o base para que se presente el riesgo.

Causa raíz: Es la causa principal o básica, corresponden a las razones por la cuales se puede presentar el riesgo, son la base para la definición de controles en la etapa de valoración del riesgo. Se debe tener en cuenta que para un mismo riesgo pueden existir más de una causa o subcausas, que pueden ser analizadas.

Se viene adelantando revisión y actualización de Riesgos con Procesos y Direcciones Territoriales en el cual se ha avanzado en este ejercicio en un 50 %.

A continuación, se detalla en resumen el comportamiento de los riesgos institucionales gestionados en esta vigencia.

| RIESGOS/OPORTUNIDAD | Cambios o afectación al sistema (Positiva o negativa) | Descripción del Cambio y Evidencias |
|--|--|-------------------------------------|
| Riesgos de Gestión | Leve pérdida reputacional ante los Grupos de valor por la materialización de riesgos. Únicamente el 4% de los riesgos identificados se han materializado, indicando una efectividad en los controles y los planes de acción definidos | Materialización de Riesgos |
| Riesgos de Corrupción | Para esta vigencia solo se ha materializado un riesgo, evidenciando un compromiso | |
| Riesgos de Seguridad de la Información | | |

| | | | | |
|---|---|-------------|-------------------|------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 99 de 295 |

| | | |
|--|---|--|
| Riesgos Seguridad, Salud en el Trabajo | institucional y de pertinencia de sus colaboradores Trabajo juicio de Procesos y Direcciones Territoriales en la identificación y gestión de la matriz de Peligros | Efectividad en los controles y actividades implementados |
| Riesgos Ambientales | Mayor fortalecimiento en la identificación y gestión asociados con el fin de asegurar el cumplimiento de los objetivos propuestos | |

I) Las oportunidades de mejora.

A continuación, se relacionan las oportunidades de mejora más relevantes identificadas por procesos y Direcciones Territoriales con base en los insumos obtenidos del análisis DOFA de su contexto. Estas oportunidades serán tenidas en cuenta en la identificación de planes de acción en la revisión y actualización de riesgos y como mejoramiento al interior de su gestión.

| | | | |
|---|---|-------------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 100 de 295 |

Sistema de Gestión
Calidad

- Coordinar con Entes Territoriales, entidades del SNARIV, Operadores y cooperantes mejorar el desarrollo de las jornadas o ferias de servicios
- Continuar con el fortalecimiento de las mesas de participación de víctimas y funcionarios públicos
- Socialización de la campaña " No le echen Cuento" a las víctimas
- Estrategias de atención a las víctimas en forma virtual y canales de comunicación dispuestos mientras se logra la inmunidad de rebaño
- Fortalecer competencias con entidades de capacitación o Quality Fórum.
- Espacios de articulación con la fuerza pública que permita la implementación de estrategias en sitios neurálgicos de orden público.
- Actualización y socialización de procedimientos y documentos en Procesos y Direcciones Territoriales
- Sensibilizar a colaboradores de la entidad la importancia de la aplicación de la normatividad vigente y lineamientos generados en los procesos
- Aprovechar la infraestructura tecnológica con la que cuenta la unidad para disponer servicios y herramientas que fortalezcan los territorios
- Fortalecer la estrategia de interoperabilidad de las entidades SNARIV y no SNARIV
- Jornadas de actualización de interés jurídico
- Solicitar cruces de información para actualizar datos de contacto de las víctimas, con el fin de optimizar la destinación de los recursos que se disponen para cobro
- Realizar convenios con empresas público, privadas, ONGs para mantener continuidad en la implementación de estrategias
- Realizar rutas móviles en municipios donde no se tiene presencia institucional para realizar procesos de atención y notificación de actuaciones administrativas

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|--|-------------|-------------------|-------------------|
| PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 101 de 295 |



Sistema de Gestión
Seguridad y Salud en el
trabajo

- Gestionar la obtención o continuidad del profesional de SST en las Direcciones Territoriales
- Diagnostico en puntos de atención para implementación de temas de SST que favorezcan al personal de la entidad que labora allí.
- Coordinar con la ARL y cajas de compensación la realización de espacios de formación en temas de SST y actividades de autocuidado
- Continuar con la aplicación del protocolo de bioseguridad.
- Socializar a funcionarios y contratistas la importancia del conocimiento de la matriz de riesgos y peligros, del plan anual y del plan de emergencia.
- Realizar inspecciones periódicas de equipos de emergencia
- Incentivar la participación de los funcionarios y contratistas en temas relacionados con la apropiación y conservación de la SST.
- Limitar el ingreso a los espacios presenciales al personal que no tenga las dosis de vacuna completa, así como las persona con condiciones médicas preexistentes
- Realizar inspecciones de orden y aseo de los puestos de trabajo
- Generar la constitución de los comités de ayuda mutua los puntos de atención a nivel territorial y en la Sede San Cayetano
- Auditar los planes de emergencia de las entidades externas que prestan servicios a la Unidad
- Realizar zonificación por regiones que permitan desarrollar las actividades de capacitación generando un mayor cubrimiento del territorio.
- Generar procedimiento para el manejo y custodia de la Historia Clínica Ocupacional incluyendo los diferentes medios de control, reserva y soporte en caso de ataques cibernéticos, pérdida de información y/o caída de aplicaciones informáticas utilizadas para la custodia y almacenamiento de las HCO.

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|--|-------------|-------------------|-------------------|
| PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 102 de 295 |

Sistema de Gestión Ambiental

- Continuar fortaleciendo la toma de conciencia y divulgación de procedimientos y de los programas ambientales
- Continuar con el uso racional de los recursos en el ahorro de energía, agua y papelería.
- Generar convenios con proveedores para el manejo de los residuos sólidos generados por las Direcciones Territoriales.
- Asignar un enlace, que coordine y articule con el responsable del SGA, las actividades, directrices, lineamientos y cambios importantes en el proceso de implementación del SGA
- Gestionar el SGA en PAV Y CRAVS, con diagnóstico de necesidades.
- Generar alertas en el momento de cambio de supervisores para capacitarlos

Sistema de Gestión Documental

- Continuar con el uso de las herramientas tecnológicas que nos permiten una disminución en el consumo de papel y ahorro en tiempos de respuesta o pérdida de documentos
- Uso de las herramientas tecnológicas para la digitalización y archivo de documentos.
- Dotación de equipos escáner
- Reforzar las competencias de los a través de capacitaciones impartidas en todos los temas relacionados con Gestión Documental
- Agilizar la puesta en marcha del expediente único
- Agilizar con la implementación de la NTC 30301 para dar cumplimiento a los requisitos de la norma del Sistema de Gestión Documental y Archivo.
- Implementar nueva solución tecnológica (APP) que permita fortalecer la estrategia de toma en línea.

| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

Sistema de Gestión
Seguridad de la
información

- Establecer sesiones periódicas de fortalecimiento en pro del conocimiento de las políticas de seguridad de información
- Restringir el uso de discos externos para evitar extracción de información.
- Enlaces del sistema de seguridad de la información cuente con la formación en norma ISO27001:2013
- Incentivar el uso de la herramienta ONE DRIVE para evitar la posible pérdida de información
- Diagnóstico de capacidad de red y estado de los equipos de cómputo de la DT
- Capacitar a las entidades territoriales y demás partes interesadas con acceso a plataformas, de las buenas prácticas de uso, acceso y confidencialidad de la información
- Mantener informados a los funcionarios sobre las modalidades de ataques cibernéticos a las que pueden estar expuestos
- Caracterización de usuarios que acceden a las herramientas tecnológicas de la entidad.
- Realizar análisis de vulnerabilidades de sistemas críticos de la entidad.
- Identificar controles de seguridad proporcionados por terceros tecnológicos que permitan la continuidad de los servicios TI.
- Construir la bitácora de Cambios a nivel de Sistemas de información y plataforma tecnológica, que permita determinar el impacto en la disponibilidad de los servicios TI.
- Realizar la promoción para el uso de funcionalidades de seguridad de la información disponibles en la plataforma office 365.
- Realizar seguimiento al respaldo de la información (backup) Desde los administradores de las herramientas del proceso.

| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

Realizado el evento de la Revisión por la Dirección, se evidenciaron los siguientes aportes para ser incluirlo como oportunidades de mejora para el Sistema de Gestión de Calidad.

Se evidencia un Sistema mucho más consolidado, aunque se propone estandarizar las encuestas de satisfacción en cada uno de los procesos con preguntas específicas, pero que se tenga la posibilidad de que en el análisis se pueda participar, para poder generar acciones de mejora desde el nivel territorial como nacional. Fabian Gutierrez, líder del Sistema de Gestión de Calidad complementa este punto indicando que, en el proceso de Direccionamiento Estratégico y dentro del procedimiento de satisfacción de partes interesadas, se encuentran las fichas de tabulación de encuestas de satisfacción.

Se ha identificado que esas encuestas se tabulan como tal, se analizan, pero no se elabora el informe y se requiere hacer un informe para saber cuál fue ese resultado y poder retroalimentar a las partes interesadas. Por tal motivo se propone que como compromiso de este punto se establezca que aquellos procesos que ejecutaron la tabulación y análisis realicen el informe y retroalimentarlo como compromiso de todos en esta reunión. Revisar cuales procesos faltarían por realizar el informe y que procesos no tienen este procedimiento de encuestas de partes interesadas.

- ✓ Se contará con tableros de control estandarizados para el plan de acción y plan operativo para llevar seguimiento mensual y que nos pueda evidenciar alertas.
- ✓ Actualización de los Softwares, pero aún hay equipos obsoletos y se deben actualizar.
- ✓ Muy bien los ejercicios de auditoria La medición de los sistemas ISO en calidad, SGA, SST y ahora SGSI, pero la frecuencia de esta medición puede ser mayor si se piensa en sistematizar el seguimiento. A partir de sistemas que ya están creados en Europa que nos llevan muchos años de experiencia en la implementación de estos sistemas, Este podría ser uno de muchos ejemplos.
- ✓ Ampliar la estandarización de Procedimientos revisión informes contratistas, registró matriz operativa y registro GESTIONA.
- ✓ Gestión del conocimiento contenido tanto ISO 9001 como MIPG en una de sus dimensiones y los modelos de excelencia los fortalecen, camino que se está recorriendo según lo que la Alta Dirección ha venido trazando.

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|---|--|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

- ✓ Los proyectos e iniciativas específicos relacionado con Innovación que nos acerca a la ruta de prospectiva institucional, los sistemas de gestión nos deben impulsar hacia adelante, en resumen, lo hecho hacia atrás y que se propone para ir mejorando o evolucionando, por cada una de las organizaciones.
- ✓ La necesidad de incrementar la digitalización de la información.
- ✓ Fortalecimiento de estrategias hacia las personas; Criterio de Modelos de excelencia, esto significa Plan Estratégico de Talento Humano, que viene desde competencias por ISO 9001, 45001 y competencia en general es un tema transversal.
- ✓ Fortalecimiento de programas de Emprendimiento.

Las siguientes oportunidades de mejora para el Sistema de Gestión de Calidad son enfocadas enfocadas al proceso de Control Interno:

- ✓ Mejor herramientas tecnológicas para las autoridades que se hagan remoto, donde facilite la conectividad.
- ✓ En cuanto a las auditorias internas, se evidencia que en su generalidad están a cargo del enlace SIG y del director territorial, en donde se solicita que se mejore el acompañamiento de los Procesos Nacionales, siendo un compromiso de todos los funcionarios de la entidad.
- ✓ La planeación y programación de las auditorías internas de los sistemas equilibren las cargas y parte de los funcionarios, donde se conozco con antelación la agenda programada por control interno.
- ✓ Ampliar la cantidad de los Auditores en las direcciones territoriales y procesos nacionales.
- ✓ Por parte de las DT se solicita que planteen auditorias independiente por sistema por y combinadas ya que estas son muy desgastantes.

Frente a recomendaciones generales se cuenta las siguientes:

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|---|--|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

- ✓ Programar y planear las capacitaciones correspondientes a 2022 y 2021 por medio del aliado National Quality Forum, donde es necesario incluir en los palmes institucionales las capacitaciones, fortaleciendo los recursos de modo técnico para la realización de las actividades.
- ✓ Iniciar con la medición de huella de carbono de todas las actividades que desarrolla la entidad.
- ✓ Generar e implementar alianzas con el SENA, donde se abra el espacio para contratar a estos técnicos y tecnólogos, donde sean ellos con sus aportes sumen con la construcción y consolidación en la implementación de los sistemas de SGA y SG-SST.

m) Análisis solicitudes gestión del cambio.

En cuanto a las solicitudes de gestión del cambio correspondientes a la vigencia 2021 se tienen las siguientes solicitudes detalladas a continuación:

| No DE SOLICITUD | SOLICITADO POR | OBJETIVO DEL CAMBIO | FECHA INICIO | FECHA FIN | JUSTIFICACIÓN | ESTADO | % CUMPLIMIENTO |
|-----------------|-------------------------------|---|--------------|-----------|--|----------|----------------|
| 11 | OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN | Realizar el cambio de la Visión de la Unidad para las Víctimas de acuerdo con la prórroga de la Ley de Víctimas y a lo establecido en el borrador del CONPES. | 19/02/21 | 1/05/21 | Mediante Ley 2078 del 8 de enero de 2021 que prorrogó la Ley de Víctimas y Restitución de Tierras hasta el año 2031, y no se realizó ninguna modificación al contenido de la Ley 1448; a través de la Ley 2078 se prorroga por diez años la vigencia de la Ley 1448 de 2011, y se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones, y de los Decretos - ley Étnicos 4633 de 2011, 4634 de 2011, y 4635 de 2011. De acuerdo con este cambio normativo legal se debe realizar la actualización de la visión de la entidad que, de cuenta de la temporalidad de la Unidad, ya que en la actualidad se encuentra con la vigencia 2021. | APROBADO | 100% |
| 12 | OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN | Actualizar la versión del aplicativo que permite realizar seguimiento al plan de acción de la | 1/05/21 | 30/06/21 | Se hace necesario desarrollar una nueva herramienta que se ajuste a las necesidades de la Unidad con la debida | APROBADO | 100% |

| | | | | |
|---|---|-------------|-------------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 107 de 295 |

| | | | | | | | |
|----|----------------------------|---|---------|---------|--|----------|------|
| | | Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas. | | | administración de la Oficina de Tecnologías de la Información, adicional la tecnología se encontraba obsoleta y a la fecha no cuenta con soporte tecnológico. | | |
| 13 | GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO | Con el fin de salvaguardar la salud y la seguridad de los colaboradores de la Unidad para las Víctimas, establecer con carácter temporal y extraordinario, el trabajo en casa para todos los servidores públicos, de igual manera se implementaron varias acciones con el fin de apoyarlos desde la distancia, en temas relacionados con bienestar, capacitación, seguridad y salud en el trabajo y clima organizacional, así mismo cambiar la modalidad en la ejecución de las actividades y capacitaciones a una modalidad virtual. | 1/05/21 | 1/10/21 | Teniendo en cuenta lo ocurrido a nivel mundial por la pandemia del COVID -19, la entidad con el fin de salvaguardar la salud y la seguridad de los colaboradores de la Unidad para las Víctimas, estableció con carácter temporal y extraordinario, el trabajo en casa para todos los servidores públicos, de igual manera se implementaron varias acciones con el fin de apoyarlos desde la distancia, en temas relacionados con bienestar, capacitación, seguridad y salud en el trabajo y clima organizacional. | APROBADO | 100% |

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|---|--|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL

a) Estado de las acciones de las revisiones por la dirección anterior.

N/A

b) Los cambios en las cuestiones externas e internas que sean pertinentes al SGA.

Durante la vigencia 2021, se llevó a cabo la actualización de las cuestiones externas e internas pertinentes al sistema Integrado de Gestión, el cual comprende al Sistema de Gestión Ambiental. Mediante la actualización del análisis del contexto estratégico por procesos y direcciones territoriales de la unidad, se realizó el análisis mediante una matriz DOFA en la cual se describen las puntualidades de los procesos y direcciones territoriales de incidencia en el Sistema de Gestión Ambiental, sus debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas.

Los principales cambios referentes a las cuestiones externa e internas que influyen directamente sobre la implementación del sistema de gestión ambiental son los siguientes:

| Cuestiones | Internas | Externas | Cambios o afectación al sistema | Descripción del Cambio y Evidencias |
|--|----------|----------|---|--|
| Emergencia sanitaria | | X | Cambio en los consumos de los recursos medidos por el sistema de gestión ambiental, para el seguimiento a los programas ambientales (Consumo de agua y energía, consumo de papel, generación de residuos sólidos) | Para identificar las variantes en cuanto a valores de consumo para los programas, se diligencian las Matrices de seguimiento y medición a programas de gestión ambiental, mediante las cuales se puede identificar las variantes en los consumos de dichos programas |
| Cambios y actualización de normativa legal ambiental | | X | Modificaciones efectuadas al normograma, determinación de la aplicabilidad de la normatividad ambiental vigente | Se realiza la actualización del normograma según procedimiento de la OAJ y se identifican un total de 49 normas aplicables al sistema de gestión ambiental para la vigencia 2021 |
| Ambientales | | X | Oportunidad de mejora en el control y seguimiento a las condiciones ambientales institucionales, identificando todo aspecto e impacto relacionado con el desarrollo de las actividades misionales | Se realiza la actualización de las Matrices de Identificación y evaluación de aspectos e Impactos Ambientales, y se logra identificar un aumento de 13 aspectos significativos |

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | | |
|---|--|-------------|-------------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 109 de 295 |

| Cuestiones | Internas | Externas | Cambios o afectación al sistema | Descripción del Cambio y Evidencias |
|---|----------|----------|--|--|
| | | | | para la vigencia 2020 a 30 para la vigencia 2021. |
| Condiciones sociales | | X | Oportunidad de fortalecer e impulsar la toma de conciencia y la cultura ambiental institucional. Posibilidad de recibir quejas peticiones o reclamos de las partes interesadas del SGA. Impulsar los principios relacionados a la gestión ambiental del pacto global de las naciones unidas. | Se realizan campañas de toma de conciencia al interior de la Unidad en temas relativos a buenas prácticas ambientales, consumo responsable de recursos, prácticas sostenibles y demás comunicaciones pertinentes para aumentar el nivel de toma de conciencia. |
| Condiciones políticas y de relacionamiento | | X | Posibilidad de presentarse sanciones legales por incumplimiento de la normatividad ambiental aplicable. | Se realiza seguimiento al cumplimiento de requisitos legales para que no se materialicen sanciones legales. |
| Herramientas tecnológicas | | X | Implementación de herramientas tecnológicas para la realización de comunicaciones en general, y envío de información. Se cuenta con suficiente espacio de almacenamiento en línea que permite reducir la cantidad de papel utilizado. | Campañas de socialización de la importancia del uso de herramientas tecnológicas. |
| Auditorías externas | | X | Implementación y mantenimiento del sistema de gestión ambiental, formalmente adoptado por la unidad. | Documentación referente al sistema de gestión ambiental, según lo establecido en la NTC ISO14001:2015. |
| Talento humano | X | | Fortalecimiento del sistema de gestión ambiental con profesional capacitado para implementar y mantener el SGA. Se identifica la necesidad de ampliar el grupo de profesionales que implementan y mantienen el sistema. | Contrato ingeniero Ambiental. |
| Canales y medios de comunicación electrónicos | X | | Apoyo de los canales internos de comunicación para la divulgación de todos los temas relativos al Sistema de Gestión Ambiental, la creación de la imagen del sistema. | Comunicaciones remitidas por los canales de comunicación interna. |
| Presupuesto | X | | Asignación de presupuesto para la implementación y mantenimiento del sistema de gestión ambiental (adquisición de kits antiderrame, puntos ecológicos, talento humano) | Se destinan recursos para la implementación del sistema y para el fortalecimiento del mismo. |
| Certificación del sistema de | X | | Con el propósito de lograr la certificación en ISO14001:2015, se han ajustado y construido los documentos necesarios para la implementación del sistema. | Realización de auditorías internas que permitan establecer el nivel de avance en la |

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|---|--|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

| Cuestiones | Internas | Externas | Cambios o afectación al sistema | Descripción del Cambio y Evidencias |
|---|----------|----------|---|---|
| gestión ambiental bajo ISO 14001 | | | Apoyo de la alta dirección para la implementación, mantenimiento y mejora continua del SGA bajo estándar NTC ISO 14001:2015. | implementación de la norma y del sistema de gestión ambiental. |
| Alianzas estratégicas | X | | Se cuenta con alianzas estratégicas para la gestión de los residuos generados por la entidad. Los residuos aprovechables se entregan a una organización de recicladores de oficio certificada que garantiza el aprovechamiento de estos, del mismo modo se cuenta con la alianza con "tapas para sanar" que es una organización que realiza el aprovechamiento de tapas plásticas con carácter social. Otra alianza estratégica con la que se cuenta es con el IDR en el programa de "al trabajo en bici" | Certificados de aprovechamiento de residuos, actas de reuniones. |
| Criterios ambientales para procesos contractuales | X | | Para incluir criterios ambientales en los procesos contractuales, se realiza la revisión de estos por parte del ingeniero ambiental y se da Aval una vez se incluyen los criterios ambientales. | Procesos contractuales con aval ambiental. |
| Política y objetivos del sistema de gestión ambiental | X | | En mesa técnica del sistema de gestión ambiental, se construyó la política y los objetivos, con participación de representantes de los procesos y de las direcciones territoriales, se presentó en el segundo comité interinstitucional de gestión y desempeño y fue aprobada el día 26 de abril de 2021. | Política y objetivos ambientales aprobados en comité interinstitucional de gestión y desempeño. |

El análisis anterior se obtiene de la compilación de las matrices DOFA de los diferentes procesos y direcciones territoriales (ver anexo 3).

c) Los cambios en las necesidades y expectativas de las partes involucradas, incluidas las obligaciones de cumplimiento.

Para el periodo 2020, se identificaron como partes interesadas a las víctimas del conflicto armado (Sujetos individuales y Sujetos colectivos, las entidades de orden nacional y territorial (órganos de control ambiental, recicladores de oficio y gestores de residuos), la sociedad (ciudadanos, organización civil organizada) y los clientes Internos (funcionarios, contratistas, proveedores y colaboradores en general), cuyas

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|---|--|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

necesidades y expectativas se sustentaron bajo el enfoque generalizado de gestión y cumplimiento.

Para la vigencia 2021, se actualiza la matriz de identificación de partes interesadas, detectado un cambio considerable al definir la Organización de recicladores de oficio formalizados como interesados como parte interesada de la sociedad, igualmente, se realizó este proceso con los clientes internos, clasificando a todas las entidades de gestión y control ambiental, en este subgrupo.

Otro cambio importante detectado, corresponde a la inserción de las organizaciones privadas debido a que estos aportan a la atención de las necesidades identificadas para cada categoría, lo cual es posible articularlo mediante la adición de acciones de cumplimiento articulado a las necesidades y expectativas descritas.

A continuación, se presenta la actualización de la identificación de partes interesadas segmentada por cada subgrupo, describiendo las acciones de cumplimiento a partir de las necesidades y expectativas definidas para el Sistema de Gestión Ambiental:

| Entidades de orden nacional y territorial | | |
|---|--|---|
| Entidades de gestión y control ambiental (secretarías ambientales, Corporaciones Autónomas Regionales, Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible - MADS. | | |
| Necesidades | Expectativas | Acciones de cumplimiento |
| 1. Solicitud de información de cumplimiento de la normatividad aplicable al proceso de gestión administrativa y el sistema de gestión ambiental. 2. Atender los requerimientos realizados a la Unidad por parte de las entidades de vigilancia y control ambiental de manera oportuna. | 1. Revisión de la normatividad del proceso de Gestión Administrativa y Sistema de Gestión Ambiental aplicable. 2. Seguimiento a las actividades propuestas en planes de mejoramiento. 3. Informes a entidades de control y vigilancia en temas propios del proceso de Gestión Administrativa y Sistema de Gestión Ambiental - SGA, conforme a los tiempos, medios y formas establecidas. | 1. Informes y evidencias de gestión. 2. Respuestas a solicitudes realizadas en temas ambientales. 3. Revisión de cumplimiento de requisitos legales en temas administrativos y ambientales. 4. Identificación de normatividad aplicable al proceso de Gestión Administrativa y Sistema de Gestión Ambiental. |

| Clientes internos | | |
|---|---|---|
| Comités de la alta dirección, funcionarios y contratistas de la UARIV y sus familias, operadores, puntos de atención y centros regionales | | |
| Necesidades | Expectativas | Acciones de cumplimiento |
| 3. Garantizar la participación en la implementación, mantenimiento y mejora continua del Sistema de Gestión Ambiental -SGA. 4. Comunicar temas relativos al Sistema de Gestión Ambiental -SGA. 5. Identificar la totalidad de aspectos e impactos | Garantizar la gestión de los servicios administrativos, la adecuada administración de los bienes de las dependencias y la implementación, mantenimiento y mejora del Sistema de Gestión Ambiental -SGA- a nivel central y territorial por medio de la definición de directrices y la contratación de servicios para garantizar el desarrollo y funcionamiento de la UARIV, la | 5. La ejecución del Plan Institucional de Gestión Ambiental. 6. Verificación y cumplimiento de requisitos legales. 7. Jornadas de capacitación en temas relativos al Sistema de Gestión Ambiental - SGA-. |

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|---|--|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

| Clientes internos Comités de la alta dirección, funcionarios y contratistas de la UARIV y sus familias, operadores, puntos de atención y centros regionales | | |
|---|--|---|
| Necesidades | Expectativas | Acciones de cumplimiento |
| ambientales generados por el desarrollo de las actividades misionales de la entidad. 6. Implementación y desarrollo del Plan institucional de Gestión Ambiental. 7. Garantizar la gestión de recursos naturales relacionados con el desarrollo de las actividades misionales de la entidad. 8. Garantizar la implementación, mantenimiento y mejora del Sistema de Gestión Ambiental - SGA. 9. Garantizar la adquisición de producto con características de sostenibilidad ambiental. | protección del medio ambiente y la satisfacción de los servicios prestados durante cada año. | 8. Divulgación en temas relativos al Sistema de Gestión Ambiental y otros. 9. Elaboración de procedimientos, formatos, instructivos y demás documentación relevante para la implementación del Sistema de Gestión Ambiental. 10. Realizar seguimiento y control de los programas de Gestión Ambiental. 11. Seguimiento al avance de implementación del Sistema de Gestión Ambiental. |

| Organizaciones privadas (Gestores de RESPEL, receptores de RESPEL, proveedor de servicios, ONU) | | |
|--|---|---|
| Necesidades | Expectativas | Acciones de cumplimiento |
| 10. Cumplimiento de requisitos legales. 11. Cumplimiento de requisitos del pacto global. 12. Entrega adecuada de RESPEL generados. 13. Garantizar transporte y disposición final de RESPEL. | 4. Implementar criterios de sostenibilidad ambiental en la entidad. 5. Cumplimiento de los requisitos legales. 6. Gestionar de manera adecuada los RESPEL generados por la entidad. | 12. Seguimiento de los planes de gestión ambiental. 13. Realización de actividades propuestas en los despliegues de objetivos. 14. Diligenciamiento de la bitácora de RESPEL. 15. Almacenamiento adecuado de los RESPEL. |

| Sociedad (Organización de recicladores de oficio formalizados) | | |
|--|--|---|
| Necesidades | Expectativas | Acciones de cumplimiento |
| 14. Gestión adecuada de residuos sólidos. 15. Cumplimiento de los requisitos legales. 16. Aprovechamiento de los residuos sólidos. | 7. Implementación de los Sistemas de Gestión Ambiental. 8. Cumplimiento de la normatividad ambiental. 9. Guía de buenas prácticas ambientales. | 16. Realizar campañas de educación ambiental en cuanto a generación y disposición final de residuos. 17. Almacenamiento adecuado de los residuos sólidos. 18. Diligenciamiento y actualización periódica de la bitácora de generación de residuos aprovechables. 19. Garantizar puntos ecológicos para adecuada separación en la fuente. |

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|---|--|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

| Sociedad (Organización de recicladores de oficio formalizados) | | |
|---|--------------|---|
| Necesidades | Expectativas | Acciones de cumplimiento |
| | | 20. Implementación de los programas de Gestión Ambiental. |

d) Los cambios en los aspectos ambientales significativos.

En el periodo 2020, se realiza la identificación de los aspectos e impactos ambientales de la unidad, implementando el "procedimiento para la identificación de aspectos e impactos ambientales"; teniendo como resultado un total de 13 aspectos e impactos ambientales de los cuales tres están calificados con significación alta (consumo de papel, generación de residuos no peligrosos y generación de residuos peligrosos).

Identificación de aspectos e impactos ambientales periodo 2020:

| IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS AMBIENTALES 2020 | IDENTIFICACIÓN DE IMPACTOS AMBIENTALES 2020 |
|---|--|
| Consumo energía eléctrica | Reducción recursos naturales |
| Generación de residuos No peligrosos | Contaminación del suelo |
| Generación de residuos No peligrosos | Contaminación de agua superficial y agua subterránea |
| Generación de residuos No peligrosos | Reducción recursos naturales |
| Generación de residuos peligrosos | Contaminación del suelo |
| Generación de residuos peligrosos | Contaminación de agua superficial y agua subterránea |
| Generación de residuos peligrosos | Afectación a la Salud Humana |
| Consumo de Agua | Reducción recursos naturales |
| Vertimiento de aguas residuales domesticas | Contaminación de agua superficial y agua subterránea |
| Consumo de combustibles | Contaminación del aire |
| Consumo de combustibles | Emisión de gases efecto invernadero |
| Generación de emisiones atmosféricas | Contaminación del aire |
| Consumo de papel | Reducción recursos naturales |

| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

| | |
|--|--|
| IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS AMBIENTALES 2020 | IDENTIFICACIÓN DE IMPACTOS AMBIENTALES 2020 |
| TOTAL: 13 ASPECTOS E IMPACTOS | |

Por otro lado, para la vigencia 2021, se realizó un proceso de actualización de aspectos e impactos ambientales para todos los procesos y las direcciones territoriales, este proceso fue dividido en 4 fases, las cuales se estipularon de la siguiente forma:

1. Fase de información de actualización
2. Fase de apropiación de conocimientos relacionados al diligenciamiento de la matriz de identificación y evaluación de aspectos e impactos ambientales
3. Fase de recopilación de información por parte de procesos y direcciones territoriales
4. Fase de diligenciamiento conjunto de la matriz de identificación y evaluación de aspectos e impactos ambientales.

Dicha actualización incluyó cambios en la matriz de identificación y evaluación de aspectos e impactos ambientales, en cuanto al formato con respecto del año 2020, el nuevo formato incluye una descripción más detallada de las actividades realizadas, tanto para cada proceso, como para cada dirección territorial (las cuales cuentan con matrices individuales y no conjunta como en el periodo anterior) del mismo modo se incluye una descripción más específica de los controles aplicados para cada actividad, tal como se puede observar en el anexo 4.

Como resultado de estas fases de actualización, se determinó un total de aspectos ambientales de 30 así:

| IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS AMBIENTALES 2021 | IDENTIFICACIÓN DE IMPACTOS AMBIENTALES 2021 |
|--|--|
| Consumo de agua | Afectación a la salud humana |
| | Agotamiento de recursos naturales |
| Consumo de combustibles | Emisión de gases de efecto invernadero |
| Consumo de energía | Agotamiento de recursos naturales |
| Consumo de hidrocarburos | Agotamiento de recursos no renovables |

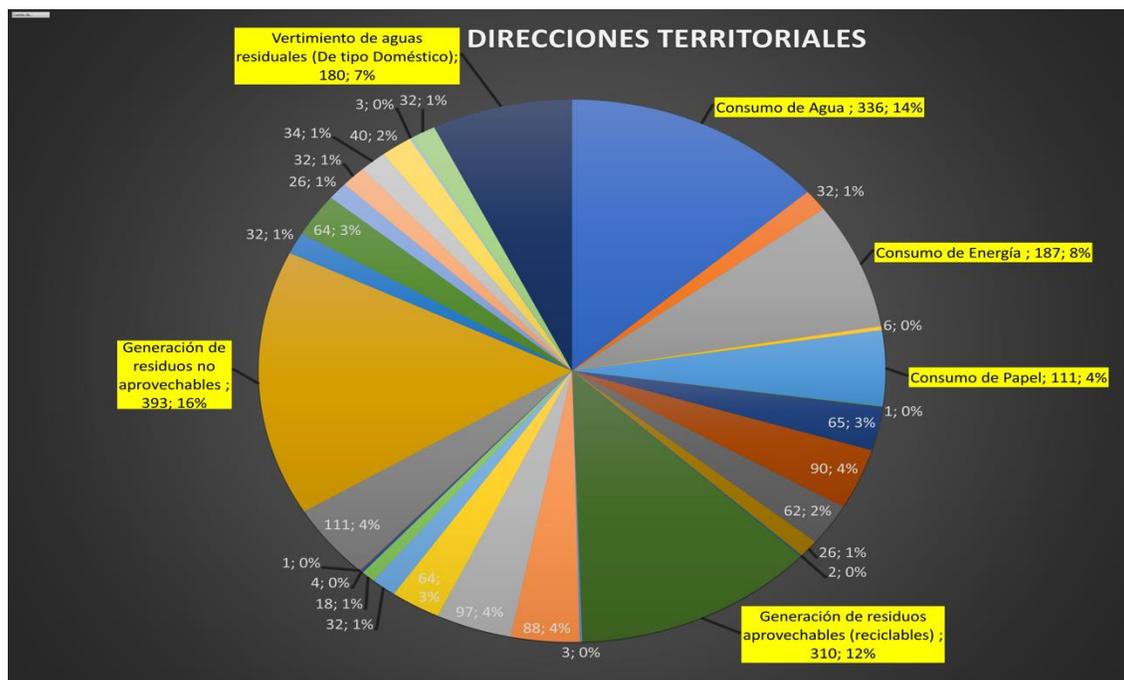
| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

| IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS AMBIENTALES 2021 | IDENTIFICACIÓN DE IMPACTOS AMBIENTALES 2021 |
|---|--|
| Consumo de papel | Agotamiento de recursos naturales |
| Generación de aguas residuales | Contaminación del suelo |
| Generación de emisiones atmosféricas (fuentes fijas) | Afectación a la salud humana |
| Generación de emisiones atmosféricas (fuentes fijas) | Emisión de gases de efecto invernadero |
| Generación de material particulado | Afectación a la salud humana |
| Generación de residuos aprovechables (llantas) | Agotamiento de recursos naturales renovables |
| Generación de residuos aprovechables (material vegetal) | Agotamiento de recursos naturales renovables |
| Generación de residuos aprovechables (reciclables) | Contaminación del suelo |
| Generación de residuos de manejo especial textil | Afectación a la salud humana |
| Generación de residuos de manejo especial (Covid-19) | Contaminación del suelo |
| Generación de residuos de manejo especial (RAEE ´S) | Contaminación del suelo |
| Generación de residuos de manejo especial (RCD) | Contaminación del suelo |
| Generación de residuos de manejo especial (Extintores) | Contaminación del suelo |
| Generación de residuos de manejo especial (polietileno expandido) | Contaminación del suelo |
| Generación de residuos de manejo especial (poliestireno textil) | Contaminación del suelo |
| Generación de residuos de manejo especial (tóneres) | Contaminación del suelo |
| Generación de residuos no aprovechables | Aumento en el relleno sanitario |
| Generación de residuos peligrosos (baterías) | Contaminación del suelo |
| Generación de residuos peligrosos (fungicidas y plaguicidas) | Contaminación del suelo |
| Generación de residuos peligrosos (Hidrocarburos) | Contaminación del suelo |
| Generación de residuos peligrosos (medicamentos vencidos) | Contaminación del suelo |
| Generación de residuos peligrosos (pilas) | Contaminación del suelo |
| Generación de residuos peligrosos (RESPEL) | Contaminación del suelo |
| Generación de ruido | Afectación a la salud humana |
| Vertimiento de aguas residuales | Contaminación de fuentes hídricas |

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|--|-------------|-------------------|-------------------|
| PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 117 de 295 |

Una vez evaluados todos los aspectos e impactos ambientales en la actualización de los en vigencia 2021, se determina que los aspectos con mayor significancia en materia ambiental para las direcciones territoriales son: Vertimiento de aguas residuales de tipo doméstico, consumo de agua, consumo de energía, consumo de papel, gestión de residuos no aprovechables y generación de residuos aprovechables (reciclables), los cuales representan respectivamente un 7%, 14%, 8%, 4% 16% y 12%. Resultado que permite identificar los aspectos que se deben disminuir mediante la implementación del plan institucional de gestión ambiental y sus programas de gestión.

El consolidado de los aspectos identificados en las direcciones territoriales se evidencia así:



e) Los cambios en los riesgos y las oportunidades identificadas del SGA.

En cuanto a los riesgos identificados para el sistema de gestión ambiental, en la vigencia 2020-2021, se identificaron dos (2), los cuales corresponden a:

| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

1. Incumplimiento de los requisitos legales ambientales aplicables a la entidad.
2. Al Inadecuado manejo, manipulación y/o disposición final de los residuos con características de peligrosidad y de manejo especial generados por el desarrollo de actividades de la entidad.

Estos se encuentran reportados en el mapa de riesgos del grupo de Gestión Administrativa y Documental y hasta la fecha no se ha materializado ningún riesgo asociado al sistema de gestión ambiental.

Teniendo en cuenta que la metodología de riesgos se encuentra en actualización, durante el desarrollo del análisis de los riesgos actuales se ha determinado la necesidad de adaptar y actualizar los riesgos asociados al SGA, y enfocarlos a la implementación y mantenimiento del sistema más detalladamente. Por lo cual se proponen:

1. Posibilidad de pérdida económica y reputacional ante la Unidad y partes interesadas por incumplimiento de los objetivos del sistema de gestión ambiental debido a la falta de identificación y evaluación de aspectos e impactos ambientales de la entidad, la planeación y personal competente que se encargue de la realización e implementación de las actividades y programas definidos.
2. Posibilidad de pérdida económica y reputacional por sanciones de entes de control al Incumplimiento de los requisitos legales ambientales aplicables a la entidad, debido a la falta de un gestor normativo que permita la actualización e identificación periódica de normatividad aplicable en materia ambiental.

Con respecto a las oportunidades identificadas para la implementación del Sistema de Gestión Ambiental, en la vigencia 2021 se determinan como oportunidades el apoyo de los enlaces del SIG para divulgar la información al interior de los diferentes procesos, el desarrollo de las auditorías internas y determinación de lineamientos institucionales relacionados con lo establecido en la normatividad ambiental vigente.

Así mismo, para la vigencia 2021 se establecen oportunidades más concretas como el logro de la certificación emitida por ICONTEC en ISO 14001:2015, poder contar con presupuesto para el desarrollo de actividades que permitan el desarrollo del sistema, fortalecer la toma de conciencia y la cultura institucional ambiental, implementar buenas prácticas ambientales en la gestión institucional, fortalecer el compromiso con el cumplimiento de los ODS, fortalecer el manejo de residuos sólidos

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|---|--|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

generados en la entidad, promover la responsabilidad ambiental de la entidad mediante la implementación, mantenimiento y mejora del Sistema de Gestión Ambiental, entre otras.

f) El grado en que se han logrado los objetivos ambientales.

Desde el Sistema de Gestión Ambiental, se realizó la matriz de despliegue de objetivos mediante la cual se logra identificar el avance y cumplimiento de estos.

El análisis realizado muestra el grado de cumplimiento óptimo y real hasta la fecha, adicionalmente se muestra cuáles son las causas de este grado de cumplimiento o no cumplimiento.

| Objetivo | % Avance del Objetivo | Actividad | % Avance de la Actividad | Descripción del Avance y Evidencias | Oportunidad de Mejora |
|---|-----------------------|---|--------------------------|---|---|
| Objetivo 1. Impulsar la cultura y toma de conciencia a través del fomento de iniciativas y buenas prácticas ambientales para una mayor responsabilidad ambiental. | 55 | 1. Desarrollar socializaciones a funcionarios, contratistas y colaboradores en temas relativos a buenas prácticas en materia ambiental que generen una mayor responsabilidad ambiental. | 100% | Se realizan comunicaciones utilizando la plataforma Suma y se capacita al personal referente a temas del SGA | Fortalecer el contenido y los canales de comunicación con los funcionarios contratistas y colaboradores |
| | | 2. Ejecutar encuesta de apropiación de temas relativos al SGA | 0% | Se proyecta realizar una encuesta de apropiación programadas para los meses de noviembre y diciembre respectivamente | Incluir a los clientes externos en las comunicaciones del SGA |
| | | 3. Desarrollar campaña de socialización y divulgación de información referente al Sistema de Gestión Ambiental para cliente externo | 0% | Se realiza una encuesta necesidades y expectativas, la cual se encuentra en proceso, la cual se enfoca a las partes interesadas | Planificar acciones que permitan la comunicación con las partes interesadas externas. |
| | | 4. Elaboración y publicación de la Guía de buenas prácticas ambientales | 100% | Se elabora Guía de Buenas Prácticas Ambientales | Fortalecer el documento, su implementación y apropiación en los funcionarios contratistas y colaboradores |
| Objetivo 2. Disminuir las consecuencias | 58% | 1. Programa de ahorro y uso eficiente del agua y la energía | 71% | Se elabora e implementa el Programa de ahorro | Establecer un concepto de ahorro y uso |

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|--|-------------|-------------------|-------------------|
| PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 120 de 295 |

| Objetivo | % Avance del Objetivo | Actividad | % Avance de la Actividad | Descripción del Avance y Evidencias | Oportunidad de Mejora |
|---|-----------------------|--|--------------------------|--|--|
| negativas que se generan sobre el ambiente mediante la ejecución del plan institucional de gestión ambiental-PIGA, con el fin de controlar los aspectos e impactos ambientales de las actividades, productos y servicios. | | | | y uso eficiente del agua y la energía | eficiente del agua y la energía de carácter institucional. |
| | | 2. Programa de manejo integral de residuos Sólidos | 32% | Se elabora e implementa el Programa de manejo integral de residuos Sólidos | Adquisición de puntos ecológicos adecuados para el cumplimiento de lo exigido mediante normatividad ambiental vigente para la adopción del código de colores nacional |
| | | 3. Programa de Buenas prácticas Cero Papel | 57% | Se elabora e implementa el Programa de Buenas prácticas Cero Papel | Fortalecimiento de la implementación de herramientas tecnológicas que permitan disminución en el consumo de papel. Así como el fortalecimiento en comunicaciones y sensibilización al respecto |
| | | 4. Programa de compras sostenibles | 65% | Se elabora e implementa el Programa de compras sostenibles | Adopción de anexo técnico al manual de contratación que contenga especificaciones ambientales para los procesos de contratación. |
| | | 5. Programa de implementación de prácticas sostenibles | 64% | Se elabora e implementa el Programa de implementación de prácticas sostenibles | Planificación de acciones que permitan la alianza con entidades que promuevan las prácticas sostenibles |
| Objetivo 3. Fortalecer el desempeño ambiental de la entidad a través del seguimiento, medición, análisis y evaluación para la mejora del sistema. | 80% | 1. Identificación y Evaluación de Aspectos Ambientales | 67% | Actualización y los aspectos ambientales | Revisión y fortalecimiento de la herramienta "matriz de Identificación y Evaluación de aspectos e Impactos Ambientales". |

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|---|--|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

| Objetivo | % Avance del Objetivo | Actividad | % Avance de la Actividad | Descripción del Avance y Evidencias | Oportunidad de Mejora |
|--|-----------------------|--|--------------------------|---|--|
| | | 2. Determinación de las condiciones ambientales de la entidad | 67% | Identificación de las condiciones ambientales de la entidad al año 2021 | Articulación con los enlaces de territorio, que permita la identificación de condiciones ambientales relevantes para el desarrollo del SGA |
| Objetivo 4. Contribuir con el Pacto Global de las Naciones Unidas y fomentar el desarrollo sostenible mediante la implementación de acciones que generen un compromiso con el medio ambiente en articulación con las partes. | 83% | 1. Desarrollar socializaciones a funcionarios, contratistas y colaboradores en temas relativos a los principios y aspectos esenciales del pacto global | 100% | Desarrollo de comunicados de temas que incentiven a la sensibilización sobre el cuidado del ambiente a funcionarios y contratistas. | Aumentar la interacción con las partes interesadas en temas relativos al conocimiento y adopción del pacto global de naciones unidas. |
| | | 2. Elaborar e implementar una guía de buenas prácticas ambientales que incluya actividades enfocadas al desarrollo sostenible | 100% | Elaboración e implementación de la Guía de Buenas Prácticas Ambientales. | Fortalecer el documento, su implementación y apropiación en los funcionarios contratistas y colaboradores |
| | | 3. Implementación del programa de compras sostenibles | 83% | Implementación del programa de "Compras sostenibles", incluyendo criterios de sostenibilidad ambiental en los estudios previos y anexos técnicos de los procesos contractuales. | Adopción de anexo técnico al manual de contratación que contenga especificaciones ambientales para los procesos de contratación. |
| | | 4. Desarrollar dos jornadas de conmemoración en días de importancia ambiental | 50% | Realizar campañas lúdico - pedagógicas que permitan la apropiación de buenas prácticas ambientales frente a compras sostenibles. | Resaltar más fechas de importancia ambiental, para poder realizar eventos en los cuales las partes interesadas puedan ser partícipes |
| Objetivo 5. Asegurar la identificación y verificación periódica de los requisitos legales y otros aplicables a través de acciones | 50% | 1. Revisión /Actualización periódica del normograma | 83% | Revisión del normograma de la entidad, identificando los cambios en la normatividad ambiental y otros aplicables. | Articulación con nivel territorial para la identificación oportuna de normatividad ambiental |

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|--|-------------|-------------------|-------------------|
| PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 122 de 295 |

| Objetivo | % Avance del Objetivo | Actividad | % Avance de la Actividad | Descripción del Avance y Evidencias | Oportunidad de Mejora |
|---|-----------------------|--|--------------------------|--|--|
| de monitoreo y seguimiento para contribuir al Sistema de Gestión Ambiental de la entidad. | | | | | territorial aplicable. |
| | | 2. Seguimiento al cumplimiento de requisitos legales y otros aplicables al SGA | 17% | Actualización del formato "formato matriz de verificación de cumplimiento legal ambiental" | Determinación de acciones que permitan el cumplimiento de los requisitos legales ambientales identificados en el normograma. |

En los objetivos 2 y 5 se obtiene un desempeño inferior al 60% de acuerdo con el porcentaje de logro planificado, de allí surge la necesidad de identificar los principales riesgos que influyen directamente sobre el porcentaje de logro de estos objetivos.

Para el objetivo número 2 "Disminuir las consecuencias negativas que se generan sobre el ambiente mediante la ejecución del plan institucional de gestión ambiental-PIGA, con el fin de controlar los aspectos e impactos ambientales de las actividades, productos y servicios." se obtiene un porcentaje de cumplimiento de un 58% de un 78% planificado, de este desempeño se identifica el riesgo de Falta de recurso humano para implementar las actividades programadas. Se espera aumentar el porcentaje de cumplimiento con el desarrollo de las actividades planificadas para los meses de noviembre y enero.

Para el objetivo número 5 "Asegurar la identificación y verificación periódica de los requisitos legales y otros aplicables a través de acciones de monitoreo y seguimiento para contribuir al Sistema de Gestión Ambiental de la entidad." se obtiene un porcentaje de cumplimiento de 58% de 83% planificado, referente a este logro de cumplimiento debido a que las actividades que dan cumplimiento al total del objetivo se tienen planificadas para los meses de noviembre y diciembre.

En relación con lo anterior, se evidencia un buen cumplimiento en relación con el avance actual vs el proyectado en los objetivos 3 y 4.

Para los objetivos restantes (1, 2 y 5) se evidencia una mayor dificultad de cumplimiento, debido a la necesidad que se ha identificado desde el nacimiento del sistema referente a aumento del recurso humano para la implementación, mantenimiento y seguimiento del sistema de gestión ambiental.

| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

g) Información sobre el desempeño ambiental de la organización, incluidas las tendencias relativas a:

1. Tendencias de las no conformidades y acciones correctivas generadas por el SGA.

Las no conformidades resultado de la primera auditoría interna al Sistema de Gestión Ambiental, bajo lo establecido en la norma Técnica colombiana NTC ISO 14001:2015 da como resultado el siguiente consolidado:

CONSOLIDADO NO CONFORMIDADES DADO POR CONTROL INTERNO

2. Tendencia de los resultados de seguimiento y medición.

El seguimiento a los programas que componen el plan institucional de gestión ambiental, se registra el avance así:

PROGRAMA DE GESTIÓN DE RESIDUOS SÓLIDOS

Objetivo: Lograr un manejo eficiente de los residuos sólidos generados en la entidad, en las fases: separación en la fuente, almacenamiento temporal y entrega los gestores adecuados, garantizando la gestión y manejo integral de los residuos aprovechables, no aprovechables, peligrosos, especiales, en cumplimiento de la normatividad ambiental vigente.

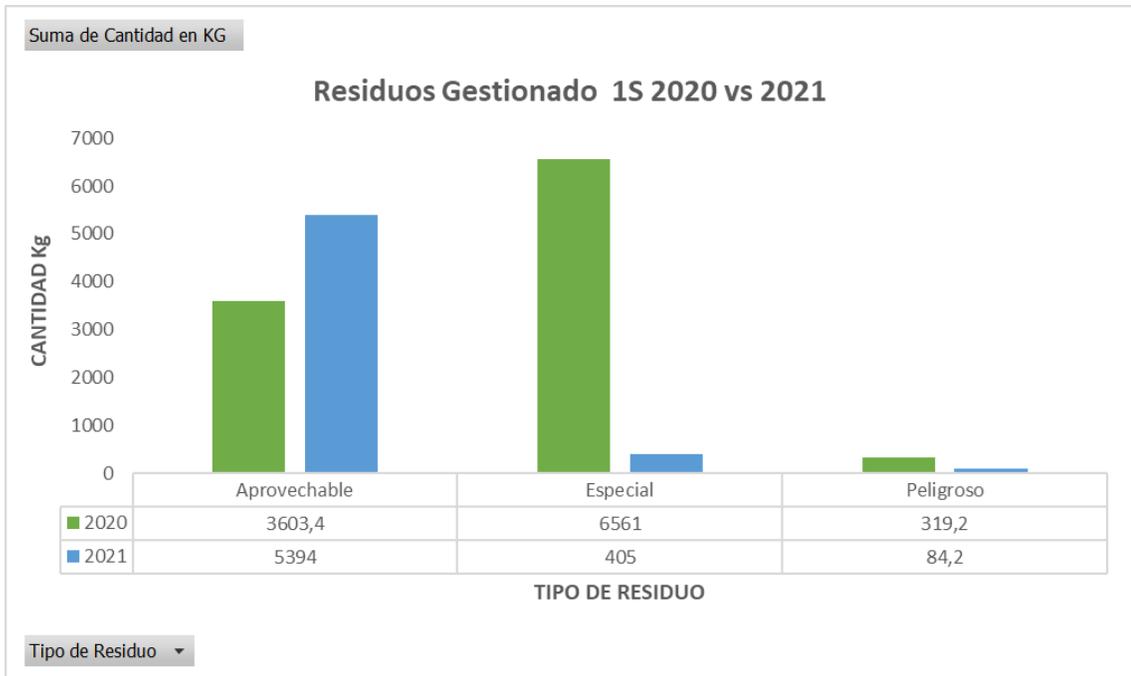
Meta: Garantizar la gestión adecuada e integral de los residuos generados en la Entidad y entregar a los gestores ambientales autorizados por la autoridad competente.

En cumplimiento al programa de gestión de residuos sólidos, desde el grupo de Gestión Administrativa y documental, ha realizado medición a la generación de los residuos generados por las diferentes actividades y procesos de la Unidad.

Se han gestionado 405 kg residuo especial, 84.2 kg de residuos peligrosos y 6.319 kg de residuos aprovechables, para un total de 699.8 kg en total como se muestra a continuación:



Se realizó un comparativo del primer semestre del año 2020 vs 2021 como se muestra a continuación:



De acuerdo con la gráfica anterior se evidencia que para el primer semestre del año 2021 aumento la generación de residuos aprovechables, esto debido a la

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|---|-------------|-------------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | | | |
| PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 125 de 295 |

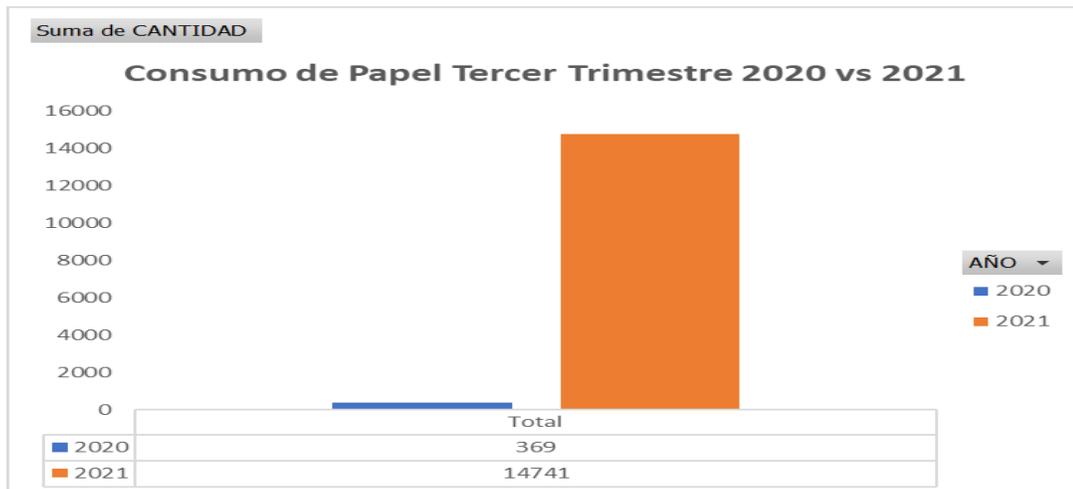
vuelta a la presencialidad y la ejecución de buenas prácticas en separación de residuos, en cuanto a los residuos especiales en el año 2020 se presenta una generación atípica por la recepción de una planta eléctrica en forma de donación.

PROGRAMA DE BUENAS PRÁCTICAS CERO PAPEL

Mediante la implementación de este programa se pretende Proporcionar un conjunto de herramientas de tipo cultural y tecnológico, que permitirán cambiar los malos hábitos relacionados con el consumo de papel de los funcionarios y contratistas de la entidad, para la implementación de la Política de Cero Papel y convertir a la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas en una entidad eficiente y amigable con el medio ambiente.

Durante el primer semestre 2021, la entidad consumió un total de 14.391 resmas de papel a nivel nacional y territorial. Durante el mismo periodo de la vigencia 2020, la entidad consumió una cantidad total de 2.420 resmas. Lo cual representa un aumento del consumo de papel de 83%, este aumento obedece al retorno a la presencialidad, después de controlada la emergencia sanitaria por COVID-19. Se debe resaltar la implementación de herramientas tecnológicas para lograr una reducción en el consumo, pero la adaptación a las mismas requiere un tiempo considerable y debe complementarse con procesos de capacitaciones para la sensibilización de la importancia de disminuir el consumo de papel.

Se realiza un comparativo del tercer trimestre del año 2020 vs 2021 como se muestra a continuación:



| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

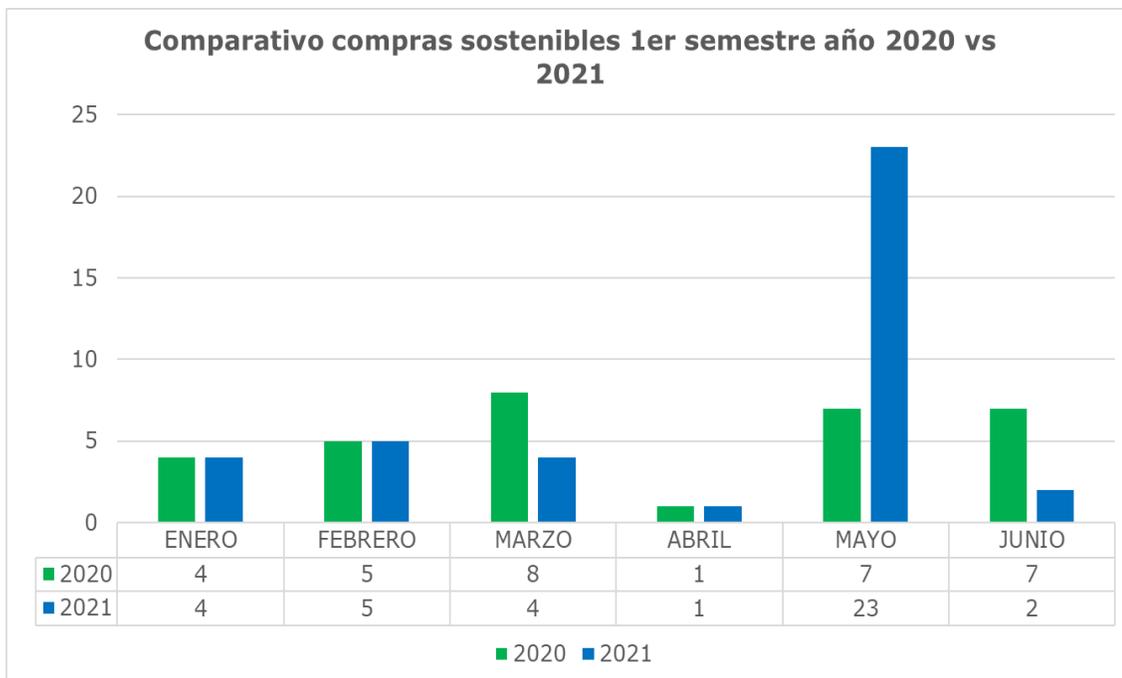
En la gráfica anterior se evidencia que el regreso a la presencialidad generó un aumento en el consumo de papel en la entidad durante el tercer trimestre año 2021; por lo anterior es necesario incentivar la cultura de cero papel utilizando mecanismos como charlas, capacitaciones, divulgaciones dirigidas a los funcionarios y contratistas garantizando el buen manejo de los recursos asignados. Es muy importante destacar el aporte ambiental favorable que se puede entregar a nuestro planeta, teniendo en cuenta que la disminución de la tala de árboles representa para la humanidad, conservar los pulmones de la tierra y nos permite tener una calidad de vida positiva.

PROGRAMA DE COMPRAS PÚBLICAS SOSTENIBLES

El programa de Compras Sostenibles tiene como objetivo brindar los lineamientos generales para la incorporación de criterios de sostenibilidad en los procesos de contratación que adelante la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas.

Con base en lo anterior, se observa que durante el primer semestre del 2020 se recibieron un total de 32 procesos contractuales para estudios de aval ambiental, de los cuáles 30 procesos contaban con diferentes criterios en materia de sostenibilidad ambiental; como, obligaciones en los estudios previos o especificaciones técnicas en sus anexos, los 2 procesos restantes no incluían criterios de sostenibilidad, ya que eran convenios orientados al intercambio de información y licencia de funcionamiento; además no contaban con productos o servicios con potencial de generar impactos negativos sobre el medio ambiente.

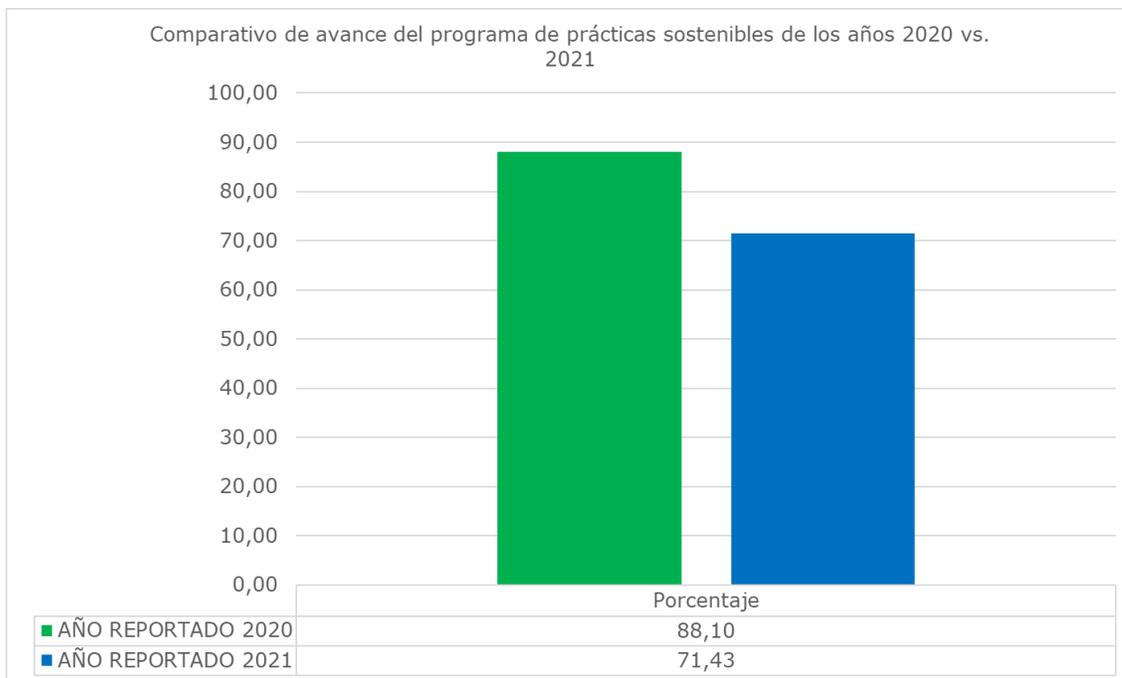
Para el mismo periodo del año 2021, se recibieron un total de 39 procesos contractuales para estudios de aval ambiental, de los cuáles la totalidad contaban con criterios de sostenibilidad ambiental; teniendo en cuenta lo anterior, se concluye un aumento de 7 procesos contractuales más evaluados con respecto al mismo periodo de tiempo del año inmediatamente anterior.



PROGRAMA DE PRÁCTICAS SOSTENIBLES

El programa de Prácticas Sostenibles tiene como objetivo proporcionar un conjunto de herramientas de tipo cultural y tecnológico, que permitirán cambiar los malos hábitos en el consumo de papel de los funcionarios y contratistas de la entidad, para la implementación de la Política de Cero Papel y convertir a la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas en una entidad eficiente y amigable con el medio ambiente.

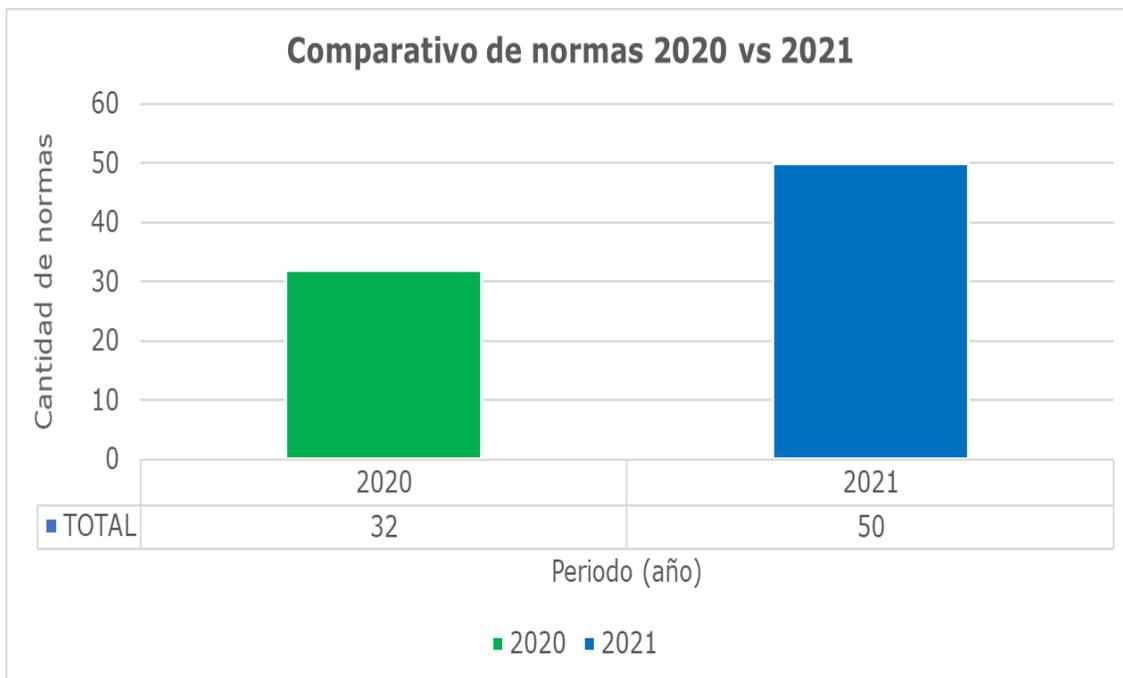
Con base en lo anterior, se observa que, durante el año 2020, se obtuvo un porcentaje de cumplimiento de actividades correspondiente al 88,10 del 100% de actividades planeadas, esto ocurrió debido a que muchas de las actividades realizadas eran de modalidad virtual y facilitaban el alcance y participación del personal en el desarrollo y ejecución de las actividades programadas; para el año 2021, se reportó un avance del 71,43 en el mismo periodo de medición, esto debido a la vuelta a la presencialidad en las diferentes sedes a nivel nacional, lo cual afectó el desarrollo y ejecución de las actividades programadas ya que disminuyó la participación por parte de los colaboradores de la Unidad.



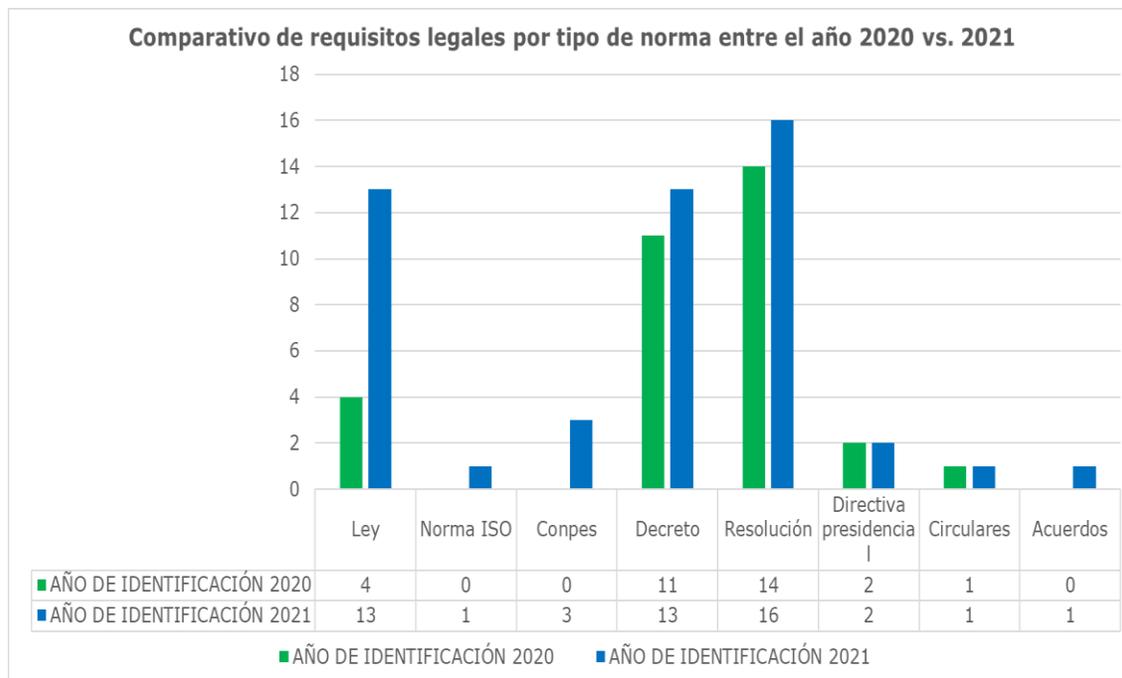
Respecto a los cambios más relevantes para el año 2021 en el programa de Prácticas Sostenibles, se identifica la inclusión de nuevas actividades, basadas en el aumento del número de bici parqueaderos disponibles para la entidad en la sede de San Cayetano, capacitación de funcionarios, contratistas y operadores frente al temas relacionados al programa, elaboración y publicación de la Guía de buenas prácticas ambientales y el desarrollo de campañas pedagógicas como mecanismo de sensibilización de las buenas prácticas ambientales asociadas en el programa.

3. Cumplimiento a los requisitos legales y otros requisitos

Para el año 2020, se identificaron 32 requisitos legales los cuales se encuentran descritos en el anexo 5, mientras que, para el año 2021 se identificaron 50 requisitos legales como se puede observar en la siguiente gráfica:



Lo anterior, corresponde a un incremento de 18 normas destacando como principales cambios la adición de la norma ISO 14001 de 2015; igualmente, se evidencia el aumento de dos (2) resolución para el año 2021 al igual que los decreto, adición de tres (3) Conpes , un (1) Acuerdo a nivel Distrital y de nueve (9) leyes para el mismo año, en comparación al año inmediatamente anterior, lo cual se debe al resultado de la revisión normativa donde se tuvieron en cuenta la pertinencia con el alcance del Sistema de Gestión Ambiental – SGA; esta información, se evidencia en la gráfica que se presenta a continuación:



Por otro lado, durante el año 2021, se realizó la respectiva actualización de la matriz de verificación y cumplimiento de requisitos legales, identificando 50 normativas aplicables al sector ambiental; determinando una muestra representativa utilizando la siguiente fórmula:

$$\sqrt{\#requisitos\ legales\ total} + 1$$

$$\sqrt{50} + 1 = 7,071 \approx 8$$

De lo anterior, se establece que, la muestra representativa obtenida es de ocho (8) de la totalidad normas identificadas para el componente ambiental, las cuales corresponden (Ver Anexo 6):

1. Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Policía y Convivencia Ciudadana".
2. Ley 1672 de 2013 "Por la cual se establecen los lineamientos para la adopción de una política pública de gestión integral de Residuos de Aparatos Eléctricos y Electrónicos (RAEE), y se dictan otras disposiciones".

| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

3. Decreto 1076 de 2015 "Por medio del cual se expide el Decreto Único del Sector de Medio Ambiente".
4. Decreto 3683 de 2003 "Las entidades de la rama ejecutiva del orden nacional deberán motivar y fomentar la cultura del uso racional y eficiente de la energía".
5. Directiva 02 de 2015 "Buenas prácticas para el ahorro de energía y agua".
6. Directiva 04 de 2012 "Eficiencia Administrativa y lineamientos de la política de cero papel en la administración pública".
7. Resolución 2184 de 2019 ""Por medio de la cual se modifica la resolución 668 del 2016 sobre el uso racional de bolsas plásticas y se adoptan otras disposiciones".
8. Resolución 1407 de 2018 ""Por la cual se reglamenta la gestión ambiental de los residuos de envases y empaques de papel, cartón, plástico, vidrio, metal y se toman otras determinaciones".

Para lo anterior, la siguiente tabla detalla los artículos aplicables para cada norma mencionada, así como las actividades que soportan el cumplimiento a las misma.

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | | | | |
|---|-------------|-------------------|-------------------|--|--|--|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | | | | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | | | | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 132 de 295 | | | |

| Requisito Legal | Artículo | Aplicación | Cumple | No cumple | Observación |
|----------------------|---|------------|--------|-----------|---|
| LEY 1801 de 2016 | Artículo 8 Artículo 28 Artículo 30 | SI | x | | Comunicados utilizando la plataforma Suma, capacitaciones sobre la gestión integral de residuos, Desarrollar socializaciones a funcionarios, contratistas y colaboradores en temas relativos a buenas prácticas en materia ambiental que generen una mayor responsabilidad ambiental, capacitar a los funcionarios, contratistas y operadores frente a buenas prácticas sostenibles, Llevar un registro del consumo de agua en (m ³) y de consumo de energía eléctrica Kw |
| LEY 1672 de 2013 | Artículo 6 Artículo 19 | SI | x | | Desarrollar socializaciones a funcionarios, contratistas y colaboradores en temas relativos a buenas prácticas en materia ambiental que generen una mayor responsabilidad ambiental. |
| DECRETO 1076 de 2015 | Libro 1: Estructura Parte 1: Sector central; Título 1: Cabeza de sector Libro 2: Régimen reglamentario del sector ambiente Parte 1: Disposiciones generales Título 1: Objeto y ámbito de aplicación Parte 2: reglamentaciones Título 2: biodiversidad Sección 1: Definiciones Sección 2: Principios generales sirven de base para la aplicación e interpretación Sección 14: Control y vigilancia Sección 17: Prioridades para el uso del recurso forestal Sección 18: Conservación de los recursos naturales en predios rurales Sección 25: Prohibiciones generales Sección 26: Disposiciones finales Capítulo 7: Paisaje | SI | x | | Diligenciamiento de la matriz de "Formato de identificación de aspectos e impactos ambientales", comunicados utilizando la plataforma Suma, capacitaciones sobre la gestión integral de residuos, capacitar a los funcionarios, contratistas y operadores frente a buenas prácticas sostenibles, Llevar un registro del consumo de agua en (m ³) y de consumo de energía eléctrica Kw; Estructuración, elaboración y publicación de la Guía Buenas Prácticas ambientales. |

| | | | | |
|---|---|-------------|-------------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 133 de 295 |

| Requisito Legal | Artículo | Aplicación | Cumple | No cumple | Observación |
|-----------------|--|------------|--------|-----------|-------------|
| | Título 2: Gestión ambiental Título 3: Aguas no marítimas Capítulo 1: Instrumentos para la planificación, ordenación y manejo de las cuencas hidrográficas y acuíferos Sección 1: Disposiciones generales Sección 4: Del programa nacional de monitoreo del recurso hídrico Sección 6: De la declaratoria en ordenación y la formulación del plan de ordenación y manejo de cuencas hidrográficas Capítulo 2: Uso y aprovechamiento del agua Capítulo 3: Ordenamiento del recurso hídrico y vertimientos Capítulo 4: Registro de usuarios del recurso hídrico Capítulo 3: Aguas marítimas Título 5: Aire Capítulo 1: Reglamento de protección y control de la calidad del aire Capítulo 2: Medidas para el control de las exportaciones de sustancias agotadoras de la capa de ozono Título 6: Residuos peligrosos Título 7: Prevención y control contaminación ambiental por el manejo de plaguicidas Título 7ª: Residuos de aparatos eléctricos y electrónicos (RAEE) Título 8: Gestión institucional Título 9: Instrumentos financieros, económicos y tributarios Título 11: Organismo de verificación y características de las reducciones de | | | | |

| | | | | |
|---|---|-------------|-------------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 134 de 295 |

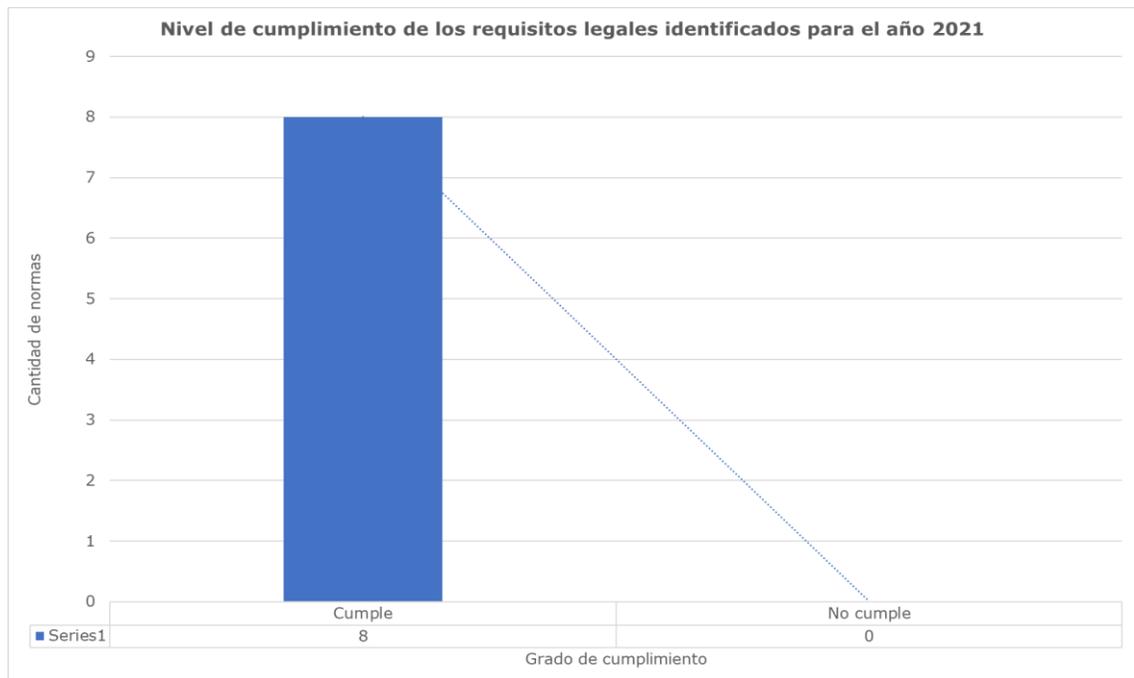
| Requisito Legal | Artículo | Aplicación | Cumple | No cumple | Observación |
|----------------------|--|------------|--------|-----------|--|
| | emisiones y remociones de GEI Libro 3: Disposiciones finales | | | | |
| DECRETO 3683 de 2003 | Artículo 1 Capítulo III: Mecanismo institucional de promoción Título IV: Obligaciones de las empresas y otras entidades y derechos de los consumidores | SI | x | | Llevar un registro del consumo de agua en (m ³) y de consumo de energía eléctrica Kw |
| DIRECTIVA 02 de 2015 | La presente Directiva imparte instrucciones y lineamientos para reforzar las medidas de ahorro de agua y energía eléctrica por parte del Gobierno nacional, que está llamado a dar ejemplo de buenas prácticas, con ocasión del Fenómeno del Niño que afronta el país. En todos los casos, se deben revisar las condiciones particulares de cada entidad para su correcta aplicación: 1. Instrucciones en materia de alumbrado navideño. 2. Instrucciones permanentes de ahorro de energía eléctrica y agua. | SI | x | | Elaboración y publicación de Guía Buenas Prácticas ambientales, Desarrollar socializaciones a funcionarios, contratistas y colaboradores en temas relativos a buenas prácticas en materia ambiental que generen una mayor responsabilidad ambiental, capacitar a los funcionarios, contratistas y operadores frente a buenas prácticas sostenibles, Llevar un registro del consumo de agua en (m ³) y de consumo de energía eléctrica Kw |
| DIRECTIVA 04 de 2012 | De conformidad con las Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014, es propósito del Gobierno Nacional tener una gestión pública efectiva, eficiente y eficaz. Dentro de las estrategias principales para la implementación de esta política, se encuentra la denominada "Cero Papel" que consiste en la sustitución de los flujos documentales en papel por soportes y medios electrónicos, sustentados en la utilización de Tecnologías de la Información y las Telecomunicaciones. Esta | SI | x | | Ejecutar encuesta de apropiación de temas relativos al SGA, Capacitar a los funcionarios, contratistas y operadores frente al ahorro y uso eficiente del papel, Llevar un registro del consumo de papel por Dependencia |

| | | | | |
|---|---|-------------|-------------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 135 de 295 |

| Requisito Legal | Artículo | Aplicación | Cumple | No cumple | Observación |
|-------------------------|--|------------|--------|-----------|--|
| | <p>estrategia, además de los impactos en favor del ambiente, tiene por objeto incrementar la eficiencia administrativa.</p> <p>Con el fin de avanzar en la Política de Eficiencia Administrativa y Cero Papel en la Administración Pública, los organismos y entidades destinatarias de la presente directiva deberán identificar, racionalizar, simplificar, y automatizar los trámites y los procesos, procedimientos y servicios internos, con el propósito de eliminar duplicidad de funciones y barreras que impidan la oportuna, eficiente y eficaz prestación del servicio en la gestión de las entidades, para lo cual deberán atender los lineamientos generales del 1 al 11.</p> | | | | |
| RESOLUCIÓN 2184 de 2019 | Artículo 1 Artículo 2 Artículo 3 Artículo 4 Artículo 5 | SI | x | | Ejecutar encuesta de apropiación de temas relativos al SGA |
| RESOLUCIÓN 1407 de 2018 | "Por la cual se reglamenta la gestión ambiental de los residuos de envases y empaques de papel, cartón, plástico, vidrio, metal y se toman otras determinaciones": Aplica toda la normativa | SI | x | | Ejecutar encuesta de apropiación de temas relativos al SGA |

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|---|--|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

Igualmente, se evidencia el cumplimiento de los 8 requisitos legales con la formulación e implementación de los cinco (5) programas establecidos para el Plan de Gestión Ambiental – PGA –, obteniendo un 100% en la gestión según lo muestra la siguiente gráfica:



4. Tendencia de los resultados de las auditorías al SGA

El proceso de Evaluación Independiente coordinó el desarrollo de las auditorías del sistema de Gestión Ambiental a los 18 procesos y 20 Direcciones Territoriales, donde se evaluó el nivel de madurez del sistema, de acuerdo con el cumplimiento de los requisitos establecidos en la norma NTC ISO 14001:2015. Como resultado se obtuvo 18 informes de auditorías internas de los procesos y 20 informes de auditorías internas de las Direcciones Territoriales, Así mismo se realizó el consolidado del [Informe ejecutivo de auditoria del Sistema de Gestión Ambiental - 2021](#).

La tendencia de los resultados de los Hallazgos de las NC - Auditorías Internas de Gestión Ambiental ISO 14001:2015 en los procesos y Direcciones Territoriales, se encuentra en el Informe ejecutivo de auditoria del Sistema de Gestión Ambiental, publicado en la página web de la entidad en el ítems "Informes finales de auditoria", a través del siguiente enlace:

<https://www.unidadvictimas.gov.co/es/planeacion-y-seguimiento/control-interno/42463>

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|---|--|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

h) La adecuación de los recursos.

Para la implementación del Sistema de Gestión Ambiental en el periodo 2020 – 2021, se destinaron recursos físicos humanos y presupuestales, que contribuyen al cumplimiento de las actividades establecidas para la implementación del sistema.

A continuación, se describen tanto los recursos ejecutados del periodo 2020 – 2021, como los recursos proyectados para el periodo 2021 – 2022 respectivamente:

| DESCRIPCIÓN DEL RECURSO | TIPO DE RECURSO | | | | RECURSOS ASIGNADOS 2021 | SUFICIENCIA | | NECESIDAD 2022 |
|---|-----------------|-----|-----|-----|-------------------------|-------------|----|---------------------|
| | PER | INF | TEC | FIN | | SI | NO | |
| Compra de elementos ambientales para la prevención y atención ante situaciones de emergencia ambiental (kits antiderrames) | | X | | | \$5.913.033 | | X | \$10.000.000 |
| Actualización de puntos ecológicos, según normatividad vigente | | X | | | \$50.000.000 | x | | |
| Actividades lúdico-pedagógicas para incentivar la sensibilización al cuidado del medio ambiente a nivel nacional y el cumplimiento del pacto global de Naciones Unidas - UN | | | X | | \$0 | | X | \$25.000.000 |
| Insumos de sensibilización, comunicación y promulgación de los programas del SGA (A NIVEL NACIONAL) | | | X | | \$0 | | x | \$25.000.000 |
| Contratación de 1 profesional ambiental | X | | | | \$36.635.955 | x | | |
| Mediciones ambientales | | | | x | \$0 | | | \$30.000.000 |
| Contratación de profesionales ambientales | X | | | | \$0 | | X | \$110.000.000 |
| Software para el manejo y seguimiento del SGA | | | x | | \$0 | | | \$40.000.000 |
| TOTAL | | | | | \$92.548.988 | | | \$ 215000000 |

i) Comunicaciones pertinentes de las partes interesadas, incluidas quejas.

Frente a las comunicaciones efectuadas por las partes interesadas, al sistema de gestión ambiental no ha recibido peticiones, quejas o reclamos relacionados en materia ambiental.

Las comunicaciones internas relativas al sistema de gestión ambiental, se realiza a través de "ecológica" (imagen del sistema de gestión ambiental), por los canales aprobados por el proceso de comunicación estratégica para tal fin y teniendo en

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|--|-------------|-------------------|-------------------|
| PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 138 de 295 |

cuenta los temas establecidos en la matriz de despliegue de comunicaciones la cual fue establecida mediante mesas técnicas del SGA en conjunto con comunicaciones.

En total se han realizado 52 comunicaciones como se muestra a continuación:



Estas comunicaciones están dirigidas a funcionarios y contratistas, utilizando herramientas como campañas de sensibilización, buenas prácticas ambientales, días conmemorativos ambientales, contextualización de que es el SGA y concienciación medioambiental, esto con el fin de que la comunidad refuerce sus conocimientos relacionados al medio ambiente, incluyendo los problemas mundiales desde el calentamiento global hasta la sobreproducción de basuras.

Las partes interesadas internas del SGA Comités de la alta dirección, funcionarios y contratistas de la UARIV, operadores, puntos de atención y centros regionales han tenido comunicación con el implementador del sistema para realizar solicitudes.

Se han recibido un total de 13 peticiones por parte de representantes de las direcciones territoriales, en las cuales se solicitan puntos ecológicos para las diferentes sedes, que cumplan con la normatividad vigente en cuanto al código de colores establecido a nivel nacional.

j) Las oportunidades de mejora.

A continuación, se describen las oportunidades de mejora identificadas, las cuales permiten detallar las actividades para el cumplimiento del Sistema de Gestión

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|---|--|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

Ambiental que surgen como resultado del desarrollo de las auditorías internas, el análisis del grado de cumplimiento de objetivos, matrices DOFA y reuniones técnicas internas del grupo implementador del SGA. Se determina que las actividades de mejora para la implementación, mantenimiento y mejora del SGA son:

| Oportunidad de Mejora Identificada | Fuente | Actividades Realizadas | Actividades Pendientes |
|---|-------------------|--|--|
| Brindar mayor acompañamiento y apoyo en las necesidades, responsabilidades y actividades del SGA; mitigando las cargas laborales asociadas a los procesos de desarrollo e implementación propia del sistema. | Auditoría Interna | Aumentar el recurso humano para la implementación del SGA | Contratación de mayor personal encargado de la implementación, mantenimiento y seguimiento de SGA |
| Crear conciencia sobre la importancia de aumentar la participación, apropiación e implementación del sistema de gestión ambiental en cada uno de los procesos y direcciones territoriales a nivel nacional. | Auditoría Interna | Estrategia que identifique y apropie en mayor forma el SGA a nivel nacional | Fortalecer el compromiso en la implementación del SGA por medio de campañas de sensibilización |
| | | Capacitación de enlaces SIG referentes a temas del SGA al personal | Inducción y reintroducción del SGA al enlace SIG |
| Liderar acciones de mejoramiento para fortalecer aún más la aplicación de buenas prácticas ambientales a partir del liderazgo de cada uno, creando conciencia y cultura en todos los escenarios y las partes interesadas. | Auditoría Interna | Elaborar documento dónde se estipulen acciones de buenas prácticas ambientales y se divulgue al personal | Elaboración y divulgación de la Guía de buenas prácticas ambientales |
| Definir articuladamente con el proceso de Gestión administrativa los lineamientos de apropiación al interior de los procesos y direcciones territoriales con el fin de contribuir a la madurez del SGA; a través de la definición de recursos para el PIGA, indicadores de desempeño, estrategias para la implementación del plan de emergencias y matriz de identificación de aspectos e impactos ambientales. | Auditoría Interna | Elaboración de documentos técnicos internos del SGA | Actualización del PIGA, matriz de aspectos e impactos ambientales, requisitos legales, y elaboración de PGIRS. |
| | | Establecer presupuesto para implementar el SGA | Elaboración del presupuesto para el año 2021 |
| Establecer indicadores técnicos que permitan medir y realizar seguimiento en mayor grado a las actividades e implementación del SGA. | Mesas técnicas | Establecer mayor número de indicadores de gestión | Diplomados en indicadores SGA |
| Realizar inducción referente a lineamientos y directrices ambientales al personal nuevo en cada proceso y Dirección Territorial para fortalecer implementación del SGA. | Mesas técnicas | Elaborar inducción ambiental | Establecer inducción y reintroducción para funcionarios y personal nuevo |
| Realizar reintroducciones al personal de cada proceso y Dirección Territorial para fortalecer implementación del SGA. | Mesas técnicas | Articular cronograma y ejecutar reintroducciones | Establecer reintroducción para funcionarios y contratistas antiguos |
| Capacitar a enlaces SIG o contratar a personal con conocimientos técnicos ambientales para el acelerar y mejorar el seguimiento de la implementación del SGA a nivel nacional. | Mesas técnicas | Capacitación de enlaces SIG y/o contratación de personal con conocimiento técnico ambiental. | Establecer inducción para el personal del enlace SIG |
| Mejorar la evaluación asociada a conceptos ambientales en los procesos de contratación que adelanta la Unidad, con la finalidad de fortalecer el compromiso de esta con la protección del medio ambiente. | Mesas técnicas | Capacitar a los supervisores de contratos en compras sostenibles y demás temas ambientales. | Establecer avales ambientales en procesos contractuales |

| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

| Oportunidad de Mejora Identificada | Fuente | Actividades Realizadas | Actividades Pendientes |
|---|----------------|--|--|
| Incluir un anexo con criterios de sostenibilidad ambiental en el procedimiento de contratación de la entidad. | Mesas técnicas | Articular el documento de procedimiento de contratación con los criterios ambientales sugeridos por el grupo implementador del SGA | Elaboración de criterios ambientales para calificar procesos contractuales |

Realizado el evento de la Revisión por la Dirección, se evidenciaron los siguientes aportes para ser incluirlo como oportunidades de mejora para el Sistema de Gestión Ambiental:

1. Acompañamiento y apropiación para la implementación del sistema de gestión Ambiental, donde se evidencia que a nivel nacional se cuenta con un estructuración sólida para se evidencia una debilidad en territorio, donde no se cuenta con proveedores para la disposición de residuos y recicladores de oficio.
2. Crear conciencia sobre la importancia de aumentar la participación, apropiación e implementación del SGA en cada uno de los procesos y DT's a nivel nacional.
3. Liderar acciones de mejoramiento para fortalecer la aplicación de buenas prácticas ambientales, creando conciencia y cultura en todos los escenarios y las partes interesadas.
4. Definir articuladamente con el proceso de Gestión administrativa los lineamientos de apropiación al interior de los procesos y direcciones territoriales con el fin de contribuir a la madurez del SGA.
5. Establecer indicadores técnicos que permitan medir y realizar seguimiento en mayor grado a las actividades e implementación del SGA
6. Realizar inducción referente a lineamientos y directrices ambientales al personal nuevo en cada proceso y Dirección Territorial para fortalecer implementación del SGA.
7. Realizar reinducciones al personal de cada proceso y Dirección Territorial para fortalecer implementación del SGA.
8. Capacitar a enlaces SIG o contratar a personal con conocimientos técnicos ambientales para el acelerar y mejorar el seguimiento de la implementación del SGA a nivel nacional
9. Mejorar la evaluación asociada a conceptos ambientales en los procesos de contratación que adelante la Unidad, con la finalidad de fortalecer el compromiso de esta con la protección del medio ambiente
10. Incluir un anexo

| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

con criterios de sostenibilidad ambiental en el procedimiento de contratación de la entidad.

10. Por parte del jefe del sistema se solicitaron recursos para ejecutar las actividades relacionadas al sistema de gestión ambiental en el 2022, en cuanto a kit ambientales, fortalecimiento del personal, recursos tecnológicos y para realizar mediciones ambientales.
11. Manejo integral de residuos por medio de gestores.
12. Consumo de papel, capacitaciones registro de consumos.
13. Se debe contar con compras sostenibles.
14. Ejecución del presupuesto: Necesidad de ampliar el presupuesto, contratación ambiental, medición de huella de carbono.

k) Tendencia de desempeño de proveedores.

Para el sistema de gestión ambiental, el proveedor más representativo es la organización son los recicladores de oficio, con el cual se tiene establecido un acuerdo de corresponsabilidad entre las partes donde se definen los mecanismos de funcionamiento del proceso de Reciclaje, que permiten a la Unidad contribuir con el cuidado del medio Ambiente mediante la práctica de la clasificación de residuos sólidos en la fuente de generación y a la organización de recicladores de oficio aprovechar ese material.

En cuanto al desempeño de este proveedor, se mide con respecto al material aprovechable generado en la unidad y que le es entregado a la organización de recicladores de oficio, recibiendo como soporte, los certificados de aprovechamiento que estos últimos entregan a la unidad como soporte de gestión.

Teniendo en cuenta este criterio, se determinó que el proveedor realiza el aprovechamiento de la totalidad de material entregado por lo cual el desempeño de este con la unidad es del 100%.

Rendición de cuentas del SGA

Se realizó la primera rendición de cuentas describiendo la gestión de las actividades y el estado de estas durante el año 2021, a partir de la identificación de los aspectos e impactos ambientales tanto a nivel nacional como a nivel de las direcciones

| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

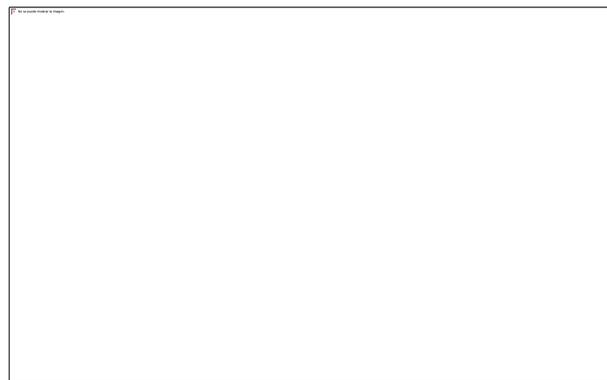
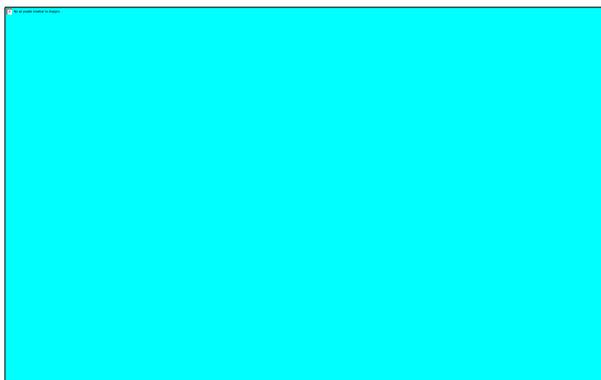
territoriales, a fin de disminuir, el nivel de significancia bajo los estándares de calidad que implica la adopción del pacto global.

Para lo anterior, se presentó la guía de buenas prácticas ambientales, la cual permite indicar que actividades se pueden desarrollar para mejorar la calidad ambiental desde los puestos de trabajo en sus labores diarias; otro punto importante abordado durante este espacio radica en el proceso de cómo se determinaron nuevas normas y a que se debe el incremento de estas para el año evaluado, el cual corresponde a la aplicabilidad al componente ambiental.

Así mismo, se resalta los recursos obtenidos para el presente año, los cuales son de tipo de infraestructura y personal principalmente; por tanto, se resalta la necesidad de extender los recursos de tipo tecnológico (propuesta de adquisición de un software para la implementación, mantenimiento, control y seguimiento del SGA) financieros (propuesta de realizar mediciones ambientales) así como el fortalecimiento de los recursos mencionados inicialmente.

Como un punto determinante a la intervención realizada por el Sistema de Gestión Ambiental, se invitó a la profesional Betty Vanegas Forero, representante de la Corporación Centro Histórico, quien es el proveedor más representativo que tiene el Sistema de Gestión Ambiental, quien comentó el proceso que se desarrolla actualmente con la Unidad, para la gestión de entrega de los residuos aprovechables y con característica de peligrosidad, que son generados en la entidad, así como el proceso de transformación para darles un nuevo uso.

A continuación, se observa el registro fotográfico del espacio como parte de las evidencias mencionadas en el presente ítem:



FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN



UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS

PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

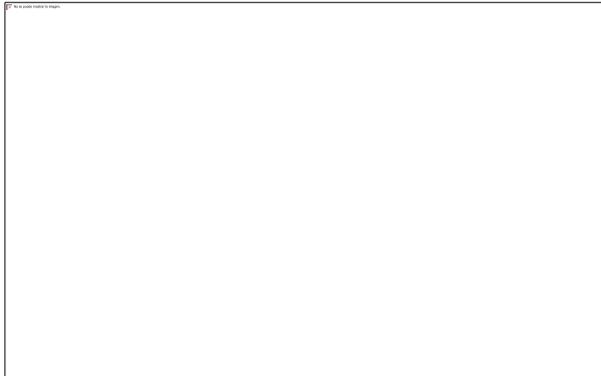
PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

Código:100.01.15-37

Versión: 01

Fecha: 23/02/2018

Página 143 de 295



| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

a) Estado de las acciones de las revisiones por la dirección anterior.

| COMPROMISO | PROCESO RESPONSABLE | AVANCE | EVIDENCIA DE LA IMPLEMENTACIÓN |
|---------------------------------------|---|---|---|
| Mejorar los índices de accidentalidad | Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo | <p>Gracias a las medidas de control de la accidentalidad ejecutadas en el marco del plan de trabajo de SST se ha reducido la frecuencia de accidentes laborales pasando de 30 AT en 2019 a 12 AT en 2020 lo que evidencia una reducción del 60%;(equivalente a 18 accidentes). En lo corrido del año 2021, se han tenido 12 AT, lo que equivale a una baja del 33%, hasta septiembre 2021 (6 accidentes).</p> <p>Para una mejor interpretación del indicador de frecuencia de accidentalidad se hace el siguiente análisis:</p> <p>Por cada cien 100 trabajadores que laboraron en los meses de enero a septiembre de 2021 la frecuencia de accidentalidad fue de los 0.632 accidentes laborales, sobre un promedio de 1948, colaboradores. En relación con el año inmediatamente anterior, donde por cada mes analizado se presentó un promedio de 0.64 accidentes laborales, se interpreta como una reducción para el año 2021 de 0.01 accidentes (a septiembre). Es probable que la reducción de este indicador este influenciada por la pandemia por COVID-19. Es conclusión, se obtiene una reducción en la tasa de accidentalidad del 3%.</p> <p>Con respecto a la severidad de la accidentalidad, se obtiene un resultado para el año 2019 a partir de un promedio de 19 días perdidos por AT/100 trabajadores por mes, para el año 2020 se obtiene un promedio de 2.2</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Estadísticas de accidentalidad - Actualización de ficha técnica de indicadores según resolución 0312 de 2019 - Análisis de indicadores y tendencias para proyección de metas y procedimientos (plan de trabajo anual) de control en periodos de 2019, 2020 y 2021. - Investigaciones de accidentes <ul style="list-style-type: none"> • Acciones implementadas como resultado de las Inspecciones planeadas, inspecciones de seguridad, inspecciones a botiquines y camillas, inspecciones a extintores para las DT: Santander, Nariño, Antioquia, Norte de Santander, Urabá, Eje cafetero, Central (Bogotá, Tolima, Cundinamarca, Boyacá), Llanos Orientales, Putumayo, y nivel central administrativa San Cayetano. - Ejecución de actividades en prevención incluidas en plan de trabajo anual: Capacitaciones en riesgos priorizados, concientización de reconocimiento de peligros y su control - Actualización y socialización de matrices de identificación de peligros, valoración de los riesgos y determinación de controles |

FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN



UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS

PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

Código:100.01.15-37

Versión: 01

Fecha: 23/02/2018

Página 145 de 295

| | | | |
|--|--|--|---|
| | | <p>días perdidos por AT / 100 trabajadores por mes, lo que denota una reducción del 88% equivalente a 17 días disminuidos. A septiembre de 2021, se ha logrado mantener la meta de días perdidos (18 días / 100 trabajadores en el mes), alcanzando un máximo de 3.3 días perdidos en un promedio de 1948 colaboradores.</p> <p>El índice de accidentes mortales para la UARIV se mantiene en 0% para los años de 2019, 2020 y 2021.</p> <p>En cuanto a la prevalencia de enfermedad laboral, este indicador se mantiene estable, ya que se encuentran que, en los periodos de 2019, 2020 y 2021, prevalecen 6 casos de EL nuevos y antiguos. Finalmente, no se tiene incidencia de EL (0 casos nuevos).</p> <p>Para el análisis del indicador de ausentismo laboral, en relación con el año 2019, el porcentaje de días perdidos por baja médica (EC, ATEL) fue del 0.9%, equivalente a 4.232 días/451.217 días de trabajo programados al año, en el 2020 se observa una reducción en el indicador de 0.3 puntos porcentuales, ya que para este año se alcanza un 0.6% de días perdidos por baja médica, correspondiente a 2.676 días/461.351 días de trabajo programados al año y en lo corrido del año 2021 (septiembre), se presenta un indicador igual al del año pasado, de 0.6% de días perdidos, relacionado con 2.015 días perdidos por baja médica/359.348 días de trabajo programados al año.</p> | <p>- Reporte de incidentes y seguimiento a acciones correctivas</p> |
|--|--|--|---|

FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN



UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS

PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

Código:100.01.15-37

Versión: 01

Fecha: 23/02/2018

Página 146 de 295

| | | | |
|---|--|--|---|
| <p>Fortalecer el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo en los territorios</p> | <p>Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo</p> | <p>En el fortalecimiento del SGSST, se han desarrolla las siguientes acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consecución de un equipo de trabajo base conformado por 2 profesionales especializados en SST, junto con el equipo de profesionales con licencia en SST que se encuentran asignados a 9 DT a través de contratación por prestación de servicios: Santander, Nariño, Antioquia, Norte de Santander, Urabá, Eje cafetero, Central (Bogotá, Tolima, Cundinamarca, Boyacá), Córdoba y Chocó. • Capacitaciones en metodología estándar con la que cuenta la UARIV para identificación de peligros en los territorios, su aplicación y análisis. • Se ha fortalecido el SGSST a través de las siguientes acciones: Inspecciones planeadas, inspecciones de seguridad, inspecciones a botiquines y camillas, inspecciones a extintores con la participación de los miembros del COPASST y brigadistas de cada territorio, de donde se sustrae la información requerida en la actualización de las matrices de identificación de peligros y planes de emergencia: Santander, Nariño, Antioquia, , Norte de Santander, Urabá, Eje cafetero, Central(Bogotá, Tolima, Cundinamarca, Boyacá), , Llanos Orientales, Putumayo • Actualización de matrices de identificación de peligros, y planes de emergencia con la participación de | <ul style="list-style-type: none"> - Informes de inspecciones Planeadas de las sedes Año 2021 Correos de envió de invitación a actualización de Matrices de identificación de peligros y Planes de Emergencia - Matrices y planes de emergencia en formatos y documentos normalizados para la UARIV - Convocatorias y reuniones presenciales - Listas de asistencia - Convocatorias y asistencia a reunión por aplicación Teams, con soporte en video. |
|---|--|--|---|

FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN



UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS

PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

Código:100.01.15-37

Versión: 01

Fecha: 23/02/2018

Página 147 de 295

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | <p>miembros del COPASST y brigadistas de cada territorio, junto con funcionarios. A través de la metodología de actualización, se revisaron y ajustaron las matrices para 11 DT: Santander, Nariño, Antioquia, Norte de Santander, Urabá, Eje cafetero, Central (Bogotá, Tolima, Cundinamarca, Boyacá), Llanos Orientales, Putumayo, y nivel central administrativa San Cayetano.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se lleva a cabo la primera socialización de la actualización de matrices de identificación de peligros, valoración de los riesgos, y determinación de controles en conjunto con el plan de prevención, preparación y respuesta ante emergencias, para los miembros del COPASST, brigadistas y funcionarios, de 11 DT: Santander, Nariño, Antioquia, Norte de Santander, Urabá, Eje cafetero, Central (Bogotá, Tolima, Cundinamarca, Boyacá), Llanos Orientales, Putumayo, y nivel central administrativa San Cayetano. | |
|--|--|--|--|

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|--|--|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

| | | | |
|---|--|---|---|
| Fortalecer las actividades del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo en todo el territorio nacional | Aumentar el recurso humano de Seguridad y salud en el territorio, de forma que permita fortalecer la presencia y la correcta ejecución de las actividades de seguridad y salud en el trabajo en todo el territorio nacional. | Contratación de 9 profesionales con licencia en SST que se encuentran asignados a igual número de DT: Santander, Nariño, Antioquia, Norte de Santander, Urabá, Eje cafetero, Central (Bogotá, Tolima, Cundinamarca, Boyacá), Córdoba y Chocó. Estos profesionales de acuerdo con lo exigido en el decreto 1072 y la resolución 0312 de 2019, cuentan con los requerimientos legales y desarrollan las actividades puntuales diseñadas en el plan de trabajo anual y los planes de ejecución para cada DT. Así mismo han acercado el SGSST a los CLAV, CRAV y a las sedes de las DT en los que prestan sus servicios. Así mismo, se realizaron inspecciones planeadas a las nuevas sedes administrativas de la DTC en Ibagué y Bogotá, DT Putumayo en Mocoa, con el fin de determinar elementos de seguridad, emergencias y salud requeridos para su funcionamiento. | <ul style="list-style-type: none"> - Contratos - Informe de gestión de cada profesional |
|---|--|---|---|

b) Los cambios en las cuestiones externas e internas que sean pertinentes al SGSST.

| Cuestiones | Internas | Externas | Cambios o afectación al sistema | Descripción del Cambio y Evidencias |
|--|----------|----------|---|---|
| Incorporación de trabajo en casa, atendiendo los lineamientos de entornos saludables, trabaja seguro y productividad dados por el gobierno nacional, relacionado con la pandemia por COVID – 19. | X | | Posible incremento del riesgo psicosocial por la ejecución de tareas laborales en el entorno cotidiano y que involucra el cuidado del hogar | <p>En el año de 2020, se realiza el diseño e implementación de 5 capacitaciones específicas en temas relacionados con estrés laboral, ansiedad y mecanismos psicosociales afectados por la pandemia, así como en mejoramiento del ambiente laboral y recursos personales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Relaciones interpersonales y resolución de conflictos 2. Charla y capacitación en liderazgo y trabajo en equipo 3. Psicología en el manejo de emergencias 4. Comunicación asertiva |

FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN



UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS

PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

Código:100.01.15-37

Versión: 01

Fecha: 23/02/2018

Página 149 de 295

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>5. Manejo efectivo del tiempo.</p> <p>En el desarrollo de estos temas, se implementó como metodología intervención primaria sobre colaboradores que lo requieren y casos reportados, cumpliendo con el PVE y el decreto 538 de 2020. Para el 2020, se alcanzó la atención de 86 intervenciones (presenciales y virtuales).</p> <p>Continuando con la implementación de las actividades tendientes a controlar el riesgo psicosocial, incluyendo también temas relacionados con el COVID -19, para lo que va corrido del año 2021, se han diseñado y ejecutado 22 capacitaciones, tratando los siguientes tópicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ventajas del apoyo social y las redes de apoyo 2. Primeros auxilios psicológicos 3. Promoción de la salud mental 4. Manejo del duelo 5. Prevención de fatiga mental y enfermedades derivadas del estrés 6. Manejo saludable del estrés, gestión del cambio e inteligencia emocional en el trabajo 7. Estilos de afrontamiento 8. Aplicación de batería de riesgo psicosocial 9. Manejo efectivo del tiempo 10. Cuidados emocionales, cuidado psicológico e higiene del sueño para trabajo en casa en época de aislamiento 11. Finanzas personales 12. Liderazgo y trabajo en equipo 13. Comunicación saludable y asertiva 14. Relaciones interpersonales y resolución de conflictos 15. Prevención en acoso laboral 16. Gestión del cambio para líderes 17. Mesa de trabajo con Talento Humano y líderes para recopilar la información sobre los factores motivacionales y las |
|--|--|--|--|--|

FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN



UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS

PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

Código:100.01.15-37

Versión: 01

Fecha: 23/02/2018

Página 150 de 295

| | | | | |
|--|--|---|---|---|
| | | | | <p>competencias personales de los trabajadores a su cargo, con base en lo cual identificarán actividades alternas para el ejercicio de las competencias individuales.</p> <p>18. Jornadas de cuidado emocional (1) - Tecnologías de la información</p> <p>19. Jornadas de cuidado emocional (2) - Dirección de Registro y Gestión de la Información</p> <p>20. Jornadas de cuidado emocional (3) - Jornadas de cuidado emocional (3) - DT Meta y Llanos Orientales</p> <p>21. Jornadas de cuidado emocional (4) - DT Central</p> <p>22. Jornadas de cuidado emocional (5) - enlaces territoriales dirección de registro y gestión de la información</p> <p>La metodología implementada para el año 2021, ha consistido en capacitaciones virtuales, logrando la participación en promedio de 466 colaboradores en lo corrido del año.</p> |
| | | X | <p>Desarrollo de estrategias tendientes a responder con los requerimientos legales en temas seguridad y salud en el trabajo, bienestar y productividad garantizando entornos saludables en el desarrollo de las actividades laborales en la modalidad de trabajo en casa.</p> | <p>En cumplimiento por lo dispuesto en la resolución 777 de 2021, la UARIV a través de su secretaria general, ha implementado la circular 013 de 2021 con los lineamientos específicos para el retorno gradual al trabajo y la adopción del nuevo protocolo de bioseguridad. En este orden, el SGSST, ha diseñado el programa de retorno saludable, que, parte de la necesidad de brindar condiciones de trabajo seguro, en entornos saludables. Para cumplir con este objetivo se implementa el programa de trabajo en casa, que cumple con los requerimientos dispuestos en la ley 2088 de 2021. En este programa se han gestionado 18 casos, de los cuales el 100%, cuenta con análisis de su situación de salud, de estos, el 66% cuenta con consentimiento informado (12 casos), y el 44% (8 casos), cuenta con acta de</p> |

| | | | | |
|---|---|-------------|-------------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 151 de 295 |

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| | | | | reconocimiento, certificación medico laboral de la Entidad y socialización de recomendaciones para trabajo en casa. |
| | X | | Baja adherencia a los procesos de socialización y concientización sobre el SGSST, debido a los cambios dados por la pandemia de COVID 19, en relación con el trabajo en casa | <ul style="list-style-type: none"> Organización de información de cobertura de capacitaciones virtuales en base de datos, procedimiento con el que no se contaba en 2020. Desarrollo de estrategia de capacitaciones a través del uso de las TIC, logrando la participación de 1042 colaboradores, en lo corrido de 2021. |
| Traslado de las actividades de prevención y promoción diseñadas dentro del plan de trabajo anual de SST, hacia el entorno cotidiano o trabajo en casa. | X | X | Implementación de recursos tecnológicos a través de uso de la TIC para desarrollar y llevar las actividades de SST a los domicilios de los colaboradores. | |
| Incorporación de recurso humano especializado en SST, que desarrolle e implemente las actividades, objetivos y procedimientos del sistema en las DT y en territorio. | | X | Requerimiento a través de contratación de profesionales con licencia en SST, encargados de fortalecer, implementar y gestionar las actividades, objetivos y procedimientos del sistema en las DT y en territorio. | Contratación de 9 profesionales con licencia en SST que se encuentran asignados a igual número de DT: Santander, Nariño, Antioquia, Norte de Santander, Urabá, Eje cafetero, Central (Bogotá, Tolima, Cundinamarca, Boyacá), Córdoba y Chocó. Estos profesionales de acuerdo con lo exigido en el decreto 1072 y la resolución 0312 de 2019, cuentan con los requerimientos legales y desarrollan las actividades puntuales diseñadas en el plan de trabajo anual y los planes de ejecución para cada DT. Así mismo han acercado el SGSST a las CLAV, CRAV y a las sedes de las DT en los que prestan sus servicios. Así mismo, se realizaron inspecciones planeadas a las nuevas sedes administrativas de la DTC en Ibagué y Bogotá, DT Putumayo en Mocoa, con el fin de determinar elementos de seguridad, emergencias y salud requeridos para su funcionamiento. |
| Cambios de infraestructura en las sedes administrativas de las DT Meta y Llanos Orientales - Mitú, Meta y Llanos Orientales - San José del Guaviare, DT Norte de Santander - Arauca, DT Nariño - | X | | Según lo requerido, durante los meses de mayo y junio se adelantaron procesos de cambio de sede de 7 Direcciones Territoriales, esto se dio debido a que las sedes ubicadas en las | En primera instancia el SGSST participa con la revisión de requerimientos básicos en SST (higiene y seguridad industrial) para determinar la capacidad de respuesta en control de peligros, de las sedes. Con esta información el grupo gestión |

| | | | | |
|---|---|-------------|-------------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 152 de 295 |

| | | | | |
|---|--|---|---|---|
| <p>Pasto, DT Central - Ibagué, DT Putumayo - Mocoa, DT Central- Bogotá</p> | | | <p>ciudades de Mitú, San José del Guaviare y Arauca por sus condiciones geográficas presentaban humedad y no se encontraban ventiladas e iluminadas naturalmente, en Pasto, el inmueble donde se ubicaba la DT Nariño, no permitía que los puestos de trabajo se adecuaran a una buena distribución, en Ibagué y Mocoa, los inmuebles donde se ubicaban la DT Central y DT Putumayo se encontraban en un hito de la ciudad muy central lo cual persistía el ruido y generaba inconformidad, por consiguiente, el cambio y traslado de sede se dio por incumplimiento de las especificaciones técnicas mínimas requeridas por el Grupo de Talento Humano, lo cual afecta la salubridad y confort de los espacios de trabajo y los trabajadores. Por otro lado, en Bogotá, la DT Central fue reubicada en un inmueble administrado directamente por el Fondo de Reparación a Víctimas y cabe resaltar que en los nuevos inmuebles se obtuvieron propuestas económicas de menor valor optimizando un 7% de ahorro en lo que se cancelaba en total de estas 7 sedes</p> | <p>administrativa y documental realiza el debido contrato. Al tener ya las sedes arrendadas, de las DT Meta y Llanos Orientales - Mitú, Meta y Llanos Orientales - San José del Guaviare, DT Norte de Santander - Arauca, DT Nariño - Pasto, DT Central - Ibagué, DT Putumayo - Mocoa, DT Central- Bogotá, se han desarrollas estas actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se ha fortalecido el SGSST a través de las siguientes acciones: Inspecciones planeadas, inspecciones de seguridad, inspecciones a botiquines y camillas, inspecciones a extintores con el acompañamiento de miembros del COPASST, brigadistas y funcionarios, de donde se sustrae la información requerida en la actualización de las matrices de identificación de peligros y planes de emergencia. • Actualización de matrices de identificación de peligros, y planes de emergencia con la participación de miembros del COPASST y brigadistas de cada territorio, junto con funcionarios. • Entrega e instalación de señalética. |
| <p>Incorporación y cumplimiento de requisitos legales en relación con el programa de reincorporación y adaptación laboral, así como en los cambios productivos por cuenta de la pandemia por COVID - 19</p> | | X | <p>Actualización de requisitos legales de acuerdo con lo estipulado en materia de recomendaciones y reincorporación laborales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Resolución 1016 del 1989.</u> Artículo 10, • <u>Lev 361 de 1997.</u> Artículo 18 | <p>En cumplimiento por lo dispuesto en la legislación colombiana, tanto para la reincorporación laboral, como para el retorno a la productividad, el SGSST, ha diseñado los programas de retorno saludable, y de reincorporación y adaptación laboral. En estos programas se han gestionado 18 casos, de los cuales el 100%, cuenta con</p> |

| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

| | | | |
|--|--|---|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> Ley 776 de 2002 Manual de Procedimientos de Rehabilitación y Reincorporación Ocupacional 3ª Edición. 2010, <u>Decreto 1072 de 2015</u> <u>Resolución 0312 de 2019</u>, Capitulo III. Artículo 16. Estándar 24. Actividades de medicina del trabajo. Estándar 28. Restricciones y recomendaciones medico laborales. <p>En materia de cambios en mecanismos y retorno productivos por cuenta de la pandemia por COVID – 19:</p> <ul style="list-style-type: none"> Resolución 777 de 2021 Circular 013 de 2021 Ley 2088 de 2021 | <p>análisis de su situación de salud, de estos, el 66% cuenta con consentimiento informado (12 casos), y el 44% (8 casos), cuenta con acta de reconocimiento, certificación medico laboral de la Entidad y socialización de recomendaciones para trabajo en casa.</p> <p>Inclusión en el normograma, del compendio legislativo aplicable</p> |
|--|--|---|--|

c) Los cambios en las necesidades y expectativas de las partes involucradas, incluidas las obligaciones de cumplimiento.

| Partes interesadas | Tipo de comunicación | Gestión |
|--------------------|---|---|
| ARL | <p>Correos electrónicos de consulta y respuesta a procedimientos de implementación del SGSST:</p> <ul style="list-style-type: none"> Estadísticas de accidentalidad Gestión de recursos humanos y técnicos para capacitaciones en prevención y promoción (horas de trabajo) Gestión de casos de enfermedad laboral que requieren atención y procedimientos específicos de tratamiento médico y rehabilitación. Gestión de actividades de seguimiento médico y rehabilitación para casos de accidentes labores Desarrollo de mesas laborales Programación de encuentros virtuales para rendición de cuentas de los PVE Osteomuscular y Psicosocial | <p>En el cumplimiento de lo exigido en el decreto 1072 de 2015 y resolución 0312 de 2019, Positiva ARL, da cuenta a través de respuesta a los correos institucionales de los funcionarios y contratistas que hacen parte del SGSST, de cada uno de los requerimientos que se deben cumplir en el desarrollo de las actividades del plan de trabajo anual de SST.</p> <p>Así mismo, se han gestionado conjuntamente, los recursos humanos (profesionales especializados) que apoyan las tareas del SGSST, junto con los recursos técnicos como aplicación de procedimientos de medición, aplicación de fichas de</p> |

| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

| | | |
|---|--|--|
| | | valoración osteomuscular, signos y síntomas, además de la generación de invitaciones a través de la plataforma Teams, para la realización de las capacitaciones en prevención y promoción. |
| INTERMEDIARIO (corredor de seguros) | Correos electrónicos de presentación por cambio de intermediario | Se emiten correos electrónicos y agendan reuniones virtuales para presentación y gestión tanto de actividades como en el diseño del plan de trabajo |
| IPS Aliada en medicina laboral: Zona Medica | <p>Correos electrónicos informativos en el desarrollo de temas de medicina preventiva y medicina laboral:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presentación del programa retorno positivo y delimitación de acciones conjuntas para el desarrollo del programa • Juntas de evaluación para casos analizados y que requieren ingreso a modalidad de trabajo en casa • Gestión de citas de valoración laboral para generación de certificados y recomendaciones médicas en casos incluidos en el programa de trabajo en casa. • Gestión para la realización de exámenes médicos periódicos a nivel nacional. • Gestión para la aplicación de batería de riesgo psicosocial a nivel nacional. • Diseño y acompañamiento en actividades lúdicas de prevención de riesgo cardiovascular | <p>Para el cumplimiento de lo estipulado en las resoluciones 1995 de 1999, y 2346 de 2007, la UARIV cuenta con el apoyo del aliado estratégico Zona Medica IPS, con el cual se han gestionado las actividades de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicina laboral: casos que requieren revisión y gestión de recomendaciones laborales • Medicina preventiva: <ul style="list-style-type: none"> a. gestión de aplicación de batería de riesgo psicosocial y ejecución de exámenes médicos periódicos a nivel nacional año (año 2020) b. Acompañamiento en actividades lúdicas de prevención de riesgo cardiovascular |
| SINDICATO | En correos electrónicos, se reciben consultas solicitando información del manejo dado al caso del colaborador Omar Orrego. | Se remite información por correo electrónico, informando lo referido por la WHO con respecto a las comorbilidades que pueden agravarse por el COVID 19. Se explica el manejo en prevención y promoción que realiza el SGSST con respecto a estos eventos. |
| COPASST - Brigadistas | <p>Correos electrónicos de consulta a los profesionales de SST ubicados tanto en las DT, como en nivel central, en tópicos relacionados con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de temas para las reuniones mensuales de los COPASST en las DT • Actividades para el retorno a las oficinas • Protocolos de bio seguridad • Alcance del SGSST en los CLAV y CRAV • Apoyo en inspecciones • Respuesta a reporte de incidentes | <p>De acuerdo con lo estipulado en el decreto 1072 de 2015 se han desarrollado agendas con los temas básicos que se deben tratar en los COPASST y se envían los correos correspondientes a los miembros de los comités en las DT y nivel central.</p> <p>De igual manera, a través de correos electrónicos se ha dado</p> |

| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

| | | |
|--------------|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento a compromisos en las actas del COPASST • Acompañamiento en investigación de AT • Seguimiento a casos reportados como EL | <p>respuestas a las consultas relacionadas con reporte de incidentes, protocolos, actividades para el retorno a las oficinas entre otros; así como se han generado reuniones virtuales y presenciales para gestionar el acompañamiento de los miembros del COPASST en las actividades de inspecciones.</p> <p>Con respecto al alcance del SGSST en los CLAV y los CRAV, en primera instancia se han realizado invitaciones a los miembros del COPASST, a través de la plataforma Teams, tanto para que participen en los comités, como para que acompañen el desarrollo de inspecciones, capacitaciones y sensibilizaciones en temas de SST para los funcionarios que laboran en los CLAV. En segundo lugar, se agendan visitas en el calendario del correo institucional y los miembros del COPASST confirman su participación.</p> |
| COCOLA | No se han tenido | No aplica |
| FUNCIONARIOS | <p>Correos electrónicos a las direcciones de los contratistas y funcionarios que hacen parte del SGSST, consultando en temas relacionados con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividades para el retorno a las oficinas • Temas de salud • Vacunación COVID - 19, • Estrategias de afrontamiento psicosocial por confinamiento • Desarrollo de actividades laborales en casa • Consultas de líderes de proceso, directores territoriales y coordinadores sobre casos salud y comorbilidades contenidas en la circular 013 que puedan relacionarse con trabajo en casa • Ajustes a mobiliario de oficina implementado en trabajo en casa como sillas, escritorios, apoyapiés y otros recursos de confort postural • Consulta sobre requerimientos biomecánicos como distancia de monitores, superficies de apoyo para antebrazos en tareas de digitación, manejo de accidentes laborales en casa. • Circulares informativas para el desarrollo de exámenes médicos periódicos en el año 2020. | <p>Frente a los requerimientos de los funcionarios se han gestionado los siguientes productos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Respuesta a través de conceptos médicos y de salud de acuerdo con la consulta realizada • Diseño e implementación del programa de trabajo en casa, de acuerdo con lo estipulado en la resolución 777 de 2021, circular 013 de 2021, y ley 2088 de 2021. En este programa se han gestionado 18 casos. • Publicaciones en SUMA con temas relacionados a autocuidado, salud, seguridad, entornos saludables y mitigación de peligros. |

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|---|--|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

d) Los cambios en los aspectos ambientales significativos

Para el año 2020, el SGSST, alcanzó los siguientes resultados:

| Objetivo | % de Avance del Objetivo | Actividad | % de Avance de la Actividad | Fq de medición meses | Descripción del Avance y Evidencias | Oportunidad de Mejora |
|---|--------------------------|--|-----------------------------|----------------------|---|--|
| Destinar recursos económicos, materiales y equipo humano para cumplir los objetivos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. | 100% | Solicitar los recursos para las actividades de promoción de la salud y prevención de AL y EL. | 100% | 3 | Matriz de presupuesto anual y aprobación del gasto. | Revisar la necesidad de incremento del presupuesto de acuerdo con el crecimiento de actividades y necesidad de recursos para ejecución del PTA |
| | | Realizar el seguimiento del presupuesto asignado Vs el presupuesto ejecutado. | 100% | 3 | Ejecución del presupuesto anual, según directriz de gastos, lo cual se soporta en matriz de presupuesto anual, facturas y análisis del reporte de gastos. | |
| Asegurar el cumplimiento del plan anual de trabajo, así como los requisitos legales y otros aplicables, relacionados al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST. | 97% | Enviar las actualizaciones de los requisitos legales en SST, cada vez que sean solicitadas por la OAJ. | 100% | 4 | Revisión del estado del arte en materia legal aplicable al SGSST de la UARIV, de acuerdo con la solicitud de la OAJ. Posterior a la revisión, se envía el análisis de las normas para que la OAJ las incluya en el Normograma. | Continuar con la revisión de la normatividad aplicable a SST y generar el análisis del contenido legal para ser incluido, según la periodicidad planteada por la OAJ, dentro del normograma. |
| | | Revisar el nomograma trimestralmente e para verificar la inclusión de los requisitos legales y de otra índole. | 100% | 4 | Revisión de matriz de requisitos legales con el acompañamiento del área jurídica. La evidencia, es el registro y análisis del contenido legal aplicable al SGSST de la UARIV, dentro del normograma de la entidad. | |
| | | Realizar seguimiento mensual del plan de trabajo anual de SST, con el fin de verificar su cumplimiento. | 95% | 11 | Diligenciamiento de las matrices de ejecución del plan de trabajo anual, y de despliegue de objetivos de SST con una periodicidad mensual, para analizar las tendencias de cumplimiento según indicador de resultado (actividades | Continuar con el análisis mensual de las tendencias de cumplimiento de las actividades planteadas en el PTA, controlando el alcance del meta según indicador. |

| | | | | |
|---|---|-------------|-------------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 157 de 295 |

| | | | | | | |
|---|-----|--|------|----|---|---|
| | | | | | ejecutadas/actividades programadas) | |
| | | Tomar acciones de mejora en el caso que las actividades propuestas en el PTA de SST no se les esté dando cumplimiento. | 95% | 5 | Análisis de las tendencias de cumplimiento de actividades programadas y gestión requerida para garantizar su ejecución. De este avance, da cuenta el diligenciamiento de las matrices de seguimiento del PTA, y de despliegue de objetivos de SST. | |
| | | Gestionar los cambios que se requieran en el PTA de SST. | 95% | 9 | | |
| Promover acciones para mejorar las condiciones de salud laboral de nuestros colaboradores . | 87% | Realizar las EMO periódicas y de ingreso. | 85% | 12 | Gestión para la ejecución de las EMO con el aliado estratégico Zona Medica IPS, quien genera el certificado médico y las consecuentes recomendaciones. | Diseño del programa de medicina laboral, de acuerdo con lo estipulado en la legislación colombiana. |
| | | Realizar seguimiento a los Dx de salud de los resultados de las EMO periódicas y de ingreso. | 86% | 12 | Diligenciamiento de matriz de seguimiento a condiciones de salud, y análisis de resultados del diagnóstico de condiciones de salud aportado por el aliado estratégico Zona Medica IPS | |
| | | Realizar seguimiento a los programas psicosocial, DME y salud pública. | 85% | 12 | Análisis de los datos reportados por el proveedor Aplicando, en la ejecución de las encuestas de síntomas, valoraciones osteomusculares, seguimiento de casos centinela, de EL y casos encontrados en el informe de condiciones de salud. Diseño de los PVE y documento normalizado, con plan de actividades. | |
| | | Diseñar la campaña de salud para el año 2020. | 87% | 2 | Análisis del informe de condiciones de salud, matriz de seguimiento a condiciones de salud, información que alimenta el diseño de la campaña de salud. | |
| | | Ejecutar las actividades propuestas en | 100% | 2 | | |

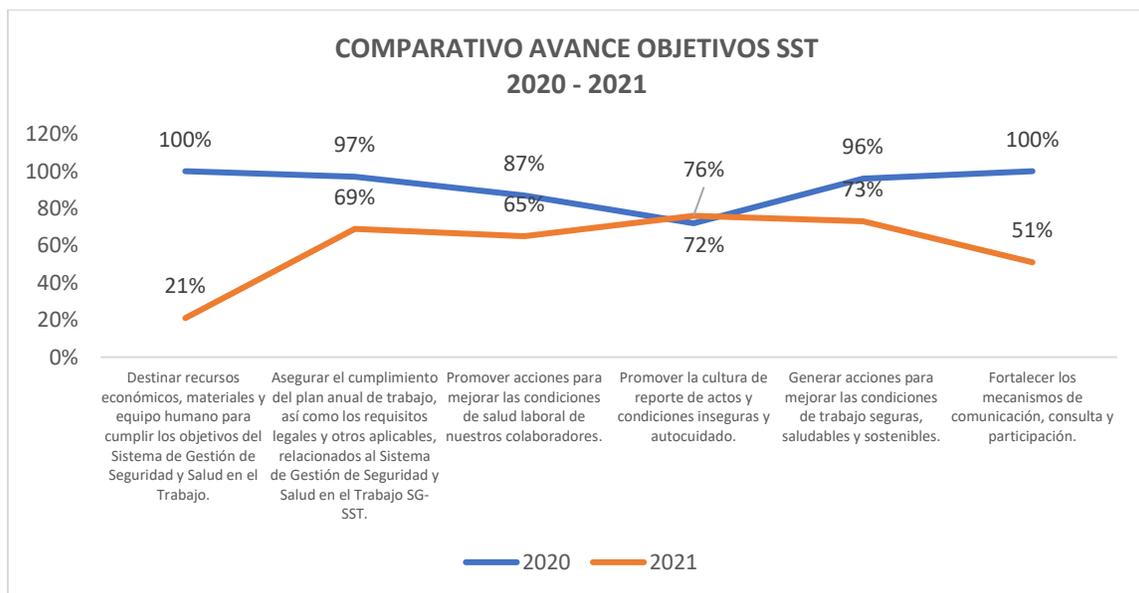
| | | | | |
|---|---|-------------|-------------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 158 de 295 |

| | | | | | | |
|---|-----|--|------|----|--|--|
| | | la campaña de salud 2020. | | | | |
| | | Realizar mesas laborales con la ARL para el seguimiento de AL y EL. | 85% | 3 | Gestión de mesas laborales con Positiva ARL, generando el informe a través de la matriz de seguimiento a casos calificados como ATEL. | |
| Promover la cultura de reporte de actos y condiciones inseguras y autocuidado. | 72% | Utilizar los medios de comunicación interna para promocionar la importancia de reportar actos y condiciones inseguras. | 80% | 3 | Envío de correos electrónicos al área de comunicaciones, para que, a través de SUMA, se socialice el programa PARE que es el mecanismo de reporte de incidentes, condiciones y actos inseguros. | Realizar socialización través de medios de comunicación interna con menor periodicidad |
| | | Realizar el seguimiento de los reportes PARE, con el fin de gestionar los hallazgos. | 65% | 3 | Análisis de los datos registrados en los reportes PARE, y gestión de los hallazgos, a través del diligenciamiento de la matriz de acciones correctivas, con su consecuente seguimiento. | |
| Generar acciones para mejorar las condiciones de trabajo seguras, saludables y sostenibles. | 96% | Actualizar las 33 matrices de identificación de peligros, valoración de riesgos y establecimiento de controles de las sedes de las direcciones territoriales y los 18 procesos de la Unidad. | 100% | 12 | Ejecución de inspecciones planeadas, de seguridad, de orden de limpieza, de camillas y botiquines y de extintores, con su posterior análisis, para determinar los cambios a registrar en las matrices de identificación de peligros. Se generan como evidencia las matrices actualizadas y el registro en el control de cambios, con su consecuente versión. | Continuar con la actualización de las matrices, aplicando la metodología propuesta e involucrando al COPASST, brigadistas y funcionarios |
| | | Elaborar las 32 matrices de identificación de peligros, valoración de riesgos y establecimiento de controles de los centros regionales. | 100% | 12 | Ejecución de inspecciones planeadas, de seguridad, de orden de limpieza, de camillas y botiquines y de extintores, con su posterior análisis, para registrar los peligros, valorar los riesgos, identificar los peligros priorizados, verificar controles | Realizar con la actualización de las matrices, aplicando la metodología propuesta e involucrando al COPASST, brigadistas y funcionarios |
| | | Elaborar las 20 matrices de identificación | 75% | 4 | | |

| | | | | |
|---|---|-------------|-------------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 159 de 295 |

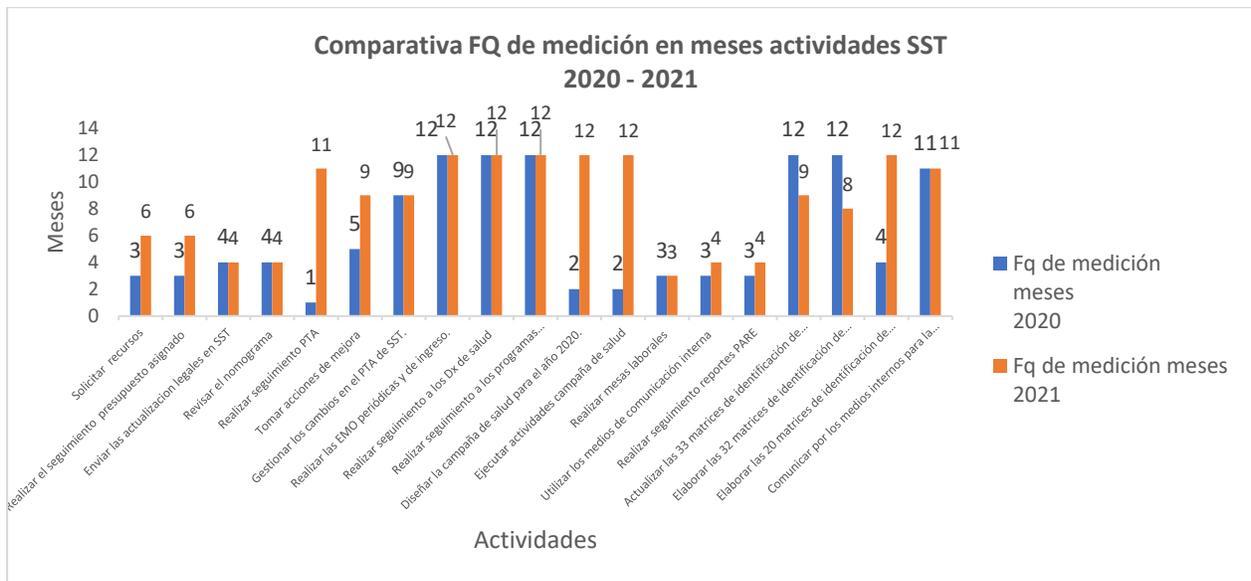
| | | | | | | |
|--|------|---|------|----|---|--|
| | | de peligros, valoración de riesgos y establecimiento de controles de los puntos de atención | | | existentes y planear controles de mitigación. Se generan como evidencia las matrices, registrando su consecuente versión. | |
| Fortalecer los mecanismos de comunicación, consulta y participación. | 100% | Comunicar por los medios internos: SUMA, correos, entrevistas, etc., las actividades de SST, para la consulta y participación de los trabajadores | 100% | 11 | Envío de correos electrónicos al área de comunicaciones, para que, a través de SUMA, se socialicen y se inviten a los colaboradores a participar de las actividades del PTA, así como opinen, registren y consulten los temas del SGSST, principalmente en la mitigación de peligros y control de riesgos, incidentes, actos y condiciones inseguras. | Acompañamiento en el desarrollo de estrategias de comunicación y divulgación de las actividades, consulta y participación de los colaboradores |

Se evidencia que, en el año 2020, se alcanzó el logro del 92% promedio de cumplimiento de los objetivos planteados en el SGSST. En la consecución de este porcentaje de cumplimiento, se desarrollaron actividades apalancas por el decreto 1072 de 2015, y que además cumplen con los estándares mínimos exigidos en la resolución 0312 de 2019. Así mismo, a través de los documentos producto de las evidencias de ejecución de las actividades consignadas en el PTA, se demuestra la gestión del sistema.



| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|--|-------------|-------------------|-------------------|
| PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 160 de 295 |

En la gráfica, se evidencia un mayor alcance en el avance de los objetivos para el año 2020 (92%), en comparación con lo corrido del año 2021 (59%), lo cual puede estar relacionado con lo reportado según las frecuencias de medición de avance de cada actividad (entre 3 a 12 meses). Sin embargo, se encuentra un avance sustancial en los objetivos de promoción de la cultura de reporte (72%), generación de acciones de trabajo seguro (73%) y aseguramiento del cumplimiento del plan de trabajo (69%). Es importante continuar con el desarrollo de acciones, tendientes a alcanzar y mejorar el desempeño de los objetivos de destinación de recursos y fortalecimiento de mecanismo de comunicación. Además, se debe tener en cuenta, que, falta el último trimestre del año, para completar el registro de datos.



Esta información ha sido analizada en el cuadro descriptivo de avance de objetivos del periodo reportado (2021):

| Objetivo | % de Avance del Objetivo | Actividad | % de Avance de la Actividad | Fq. de medición meses | Descripción del Avance y Evidencias | Oportunidad de Mejora |
|--|--------------------------|---|-----------------------------|-----------------------|---|--|
| Destinar recursos económicos, materiales y equipo humano para cumplir los objetivos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. | 21% | Solicitar los recursos para las actividades de promoción de la salud y prevención de AL y EL. | 10.5% | 6 | El indicador se encuentra en el 10.5 % de avance, debido a que se han reportado actividades para el primer semestre del año. Lo anterior se evidencia en la Matriz de presupuesto anual y aprobación del gasto. | Revisar la necesidad de incremento del presupuesto de acuerdo con el crecimiento de actividades y necesidad de recursos para ejecución del PTA |
| | | Realizar el seguimiento del presupuesto | 10.5 % | 6 | El indicador se encuentra en el 10.5% debido a que se ha | |

| | | | | |
|---|---|-------------|-------------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 161 de 295 |

| | | | | | | |
|---|-----|--|-------|---|---|--|
| | | asignado Vs el presupuesto ejecutado. | | | reportado actividades para el primer semestre del año. Lo anterior se evidencia en la Ejecución del presupuesto anual, según directriz de gastos, lo cual se soporta en matriz de presupuesto anual, facturas y análisis del reporte de gastos. | |
| Asegurar el cumplimiento del plan anual de trabajo, así como los requisitos legales y otros aplicables, relacionados al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST. | 69% | Enviar las actualizaciones de los requisitos legales en SST, cada vez que sean solicitado por la OAJ. | 34.5% | 4 | El indicador para esta actividad se encuentra en un 34.5% de avance, debido a que la revisión de requisitos legales aplicables a SST se llevó a cabo en los meses de marzo y junio, quedando pendiente la revisión de los meses de septiembre y diciembre. El avance de esta actividad se evidencia en la investigación del estado del arte en materia legal aplicable al SGSST de la UARIV, de acuerdo con la solicitud de la OAJ. Posterior a la revisión, se envía el análisis de las normas para que la OAJ las incluya en el Normograma. | Continuar con la revisión de la normatividad aplicable a SST y generar el análisis del contenido legal para ser incluido, según la periodicidad planteada por la OAJ, dentro del normograma. |
| | | Revisar el nomograma trimestralmente para verificar la inclusión de los requisitos legales y de otra índole. | 34.5% | 4 | El indicador para esta actividad se encuentra en un 34.5% de avance, y cumple con el periodo vigente. Está pendiente la revisión de la normatividad que pueda ser promulgada en el último trimestre del año. La ejecución de estas actividades en lo corrido del año 2021 se evidencia en la revisión de matriz de requisitos legales con | |

| | | | | |
|---|---|-------------|-------------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 162 de 295 |

| | | | | | | |
|--|--|---|-----|----|---|---|
| | | | | | el acompañamiento del área jurídica. El resultado es el registro y análisis del contenido legal aplicable al SGSST de la UARIV, dentro del normograma de la entidad. | |
| | | Realizar seguimiento mensual del plan de trabajo anual de SST, con el fin de verificar su cumplimiento. | 75% | 11 | El indicador para esta actividad se encuentra en un 75% de avance, cumpliendo con el seguimiento mensual del PTA. Lo anterior se evidencia en el diligenciamiento de la matriz de ejecución del plan de trabajo anual, y de la matriz de despliegues de objetivos del SGSST, ambas, con una periodicidad mensual. Así mismo se lleva a cabo el análisis de las tendencias de cumplimiento según indicador de resultado (actividades ejecutadas/actividades programadas) | Continuar con el análisis mensual de las tendencias de cumplimiento de las actividades planteadas en el PTA, controlando el alcance del meta según indicador. |
| | | Tomar acciones de mejora en el caso que las actividades propuestas en el PTA de SST no se les esté dando cumplimiento | 78% | 9 | El indicador para esta actividad se encuentra en un 78% de avance, debido a que se cumple con la frecuencia de medición propuesta. Lo anterior se evidencia en el análisis de las tendencias de cumplimiento de actividades programadas y gestión requerida para garantizar su ejecución. De este avance, da cuenta el diligenciamiento de la matriz de seguimiento del PTA y la matriz de despliegue de objetivos de SST. | |

| | | | | |
|---|---|-------------|-------------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 163 de 295 |

| | | | | | | |
|--|-----|---|-----|----|---|---|
| | | Gestionar los cambios que se requieran en el PTA de SST | 59% | 9 | El indicador para esta actividad se encuentra en un 59% de avance debido a que se han reportado los cambios para el PTA en frecuencia determinada. La evidencia de la gestión de los cambios se encuentra en el análisis de las tendencias de cumplimiento de actividades programadas y gestión requerida para garantizar su ejecución. De este avance, da cuenta el diligenciamiento de la matriz de seguimiento del PTA | |
| Promover acciones para mejorar las condiciones de salud laboral de nuestros colaboradores. | 65% | Realizar las EMO de ingreso y egreso requeridas. | 54% | 12 | El indicador para esta actividad se encuentra en un 54% de avance debido a que se han reportado las acciones ejecutadas en el cumplimiento de los EMO en los meses de marzo, abril, mayo y junio. Lo anterior se puede evidenciar a través de la gestión para la ejecución de las EMO con el aliado estratégico Zona Medica IPS, quien genera el certificado médico y las consecuentes recomendaciones | Implementación del programa de medicina laboral, de acuerdo con lo estipulado en la legislación colombiana. |
| | | Realizar seguimiento a los Dx de salud | 76% | 12 | El indicador para esta actividad se encuentra en un 76% de avance debido a que se han reportado las acciones de seguimiento a los DX de salud en la frecuencia determinada. Lo anterior se evidencia en el diligenciamiento de la matriz de | |

| | | | | |
|---|---|-------------|-------------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 164 de 295 |

| | | | | | | |
|--|--|--|-----|----|---|--|
| | | | | | seguimiento a condiciones de salud, y análisis de resultados del diagnóstico de condiciones de salud aportado por el aliado estratégico Zona Medica IPS | |
| | | Realizar seguimiento a los programas psicosocial, DME y salud pública. | 76% | 12 | El indicador de esta actividad se encuentra en un 76% de avance, en concordancia con la frecuencia de reporte de cumplimiento de las actividades, de los PVE. Este seguimiento al reporte de actividades se lleva a cabo a partir del análisis de los datos reportados por el proveedor Aplicando, en la ejecución de las encuestas de síntomas, seguimiento de casos centinela, valoraciones osteomusculares, bases de datos consolidadas, casos de EL y casos encontrados en el informe de condiciones de salud. A partir de este análisis se diseñaron los PVE, que se conciliaron en un documento normalizado, con su respectivo plan de actividades. | |
| | | Diseñar la campaña de salud para el año 2021. | 76% | 12 | El indicador de esta actividad se encuentra en un 76% de avance de acuerdo con el reporte de ejecución de los meses que componen el primer semestre del año. Como evidencia de desempeño de este indicador se realiza el análisis del informe de condiciones de salud, matriz de seguimiento | |

| | | | | |
|---|---|-------------|-------------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 165 de 295 |

| | | | | | | |
|--|-----|--|-----|----|--|---|
| | | | | | a condiciones de salud, información que alimenta el diseño de la campaña de salud. | |
| | | Ejecutar las actividades propuestas en la campaña de salud 2021 | 76% | 12 | El indicador de esta actividad se encuentra en un 76% de avance de acuerdo con el reporte de ejecución de los meses que componen el primer semestre del año. En la construcción de la evidencia de este indicador se realiza: Análisis del informe de condiciones de salud, matriz de seguimiento a condiciones de salud, información que alimenta el diseño de la campaña de salud | |
| | | Realizar mesas laborales con la ARL para el seguimiento de AL y EL. | 52% | 3 | El indicador se encuentra en un 52% de avance de acuerdo con la planeación y ejecución de las mesas laborales para el primer semestre del año 2021. En la construcción de la evidencia de este indicador se realiza la gestión de mesas laborales con Positiva ARL, generando el informe a través de la matriz de seguimiento a casos calificados como AL Y EL. | |
| Promover la cultura de reporte de actos y condiciones inseguras y autocuidado. | 76% | Utilizar los medios de comunicación interna para promocionar la importancia de reportar actos y condiciones inseguras. | 76% | 4 | El indicador se encuentra en un 76% de avance de acuerdo con la ejecución de actividades programadas: Envío de correos electrónicos al área de comunicaciones, para que, a través de SUMA, se socialice el programa PARE que es el mecanismo de reporte de incidentes, | Continuar socialización de la metodología de reporte PARE través de medios de comunicación interna con menor periodicidad |

| | | | | |
|---|---|-------------|-------------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 166 de 295 |

| | | | | | | |
|---|-----|--|-----|---|--|--|
| | | | | | condiciones y actos inseguros. | |
| | | Realizar el seguimiento de los reportes PARE, con el fin de gestionar los hallazgos | 76% | 4 | El indicador se encuentra en un 76% de avance de acuerdo con el análisis de los reportes gestionados en la página web de la UARIV. El producto final de la gestión de hallazgos es el diligenciamiento de la matriz de acciones correctivas con su consecuente seguimiento. | |
| Generar acciones para mejorar las condiciones de trabajo seguras, saludables y sostenibles. | 73% | Actualizar con las DT s y procesos de la Unidad las matrices de identificación de peligros, valoración de riesgos y establecimiento de controles de las sedes de las direcciones territoriales y los 18 procesos de la Unidad. | 71% | 9 | El indicador se encuentra en un 75% de ejecución como resultado de la actualización de las Matrices de identificación de peligros, valoración de los riesgos y determinación de controles para 17 Direcciones Territoriales, 2 procesos, 10 centros locales y 11 centros regionales. Las actualizaciones de las matrices son producto del análisis de inspecciones planeadas, de seguridad, de orden de limpieza, de camillas y botiquines y de extintores. Se determina los cambios a registrar en las matrices de identificación de peligros. Se generan como evidencia las matrices actualizadas y el registro en el control de cambios, con su consecuente versión Se realiza el curso de 40 horas de capacitación en | Continuar con la actualización de las matrices, aplicando la metodología propuesta e involucrando al COPASST, brigadistas y funcionarios |

| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

| | | | | | | |
|--|-----|---|-----|----|---|--|
| | | | | | matrices de identificación de peligros. | |
| | | Socializar las matrices de identificación de peligros en las DTs y procesos | 75% | 8 | Este indicador presenta un resultado del 75% de avance representado en la socialización de identificación peligros para 17 Direcciones Territoriales, 2 procesos, 10 centros locales y 11 centros. Como evidencia se registran las actas de reunión, presentaciones en PowerPoint y listas de asistencias y encuesta de satisfacción, fotos y video de Reuniones | Continuar con la actualización y socialización de las matrices, aplicando la metodología propuesta e involucrando al COPASST, brigadistas y funcionarios |
| Fortalecer los mecanismos de comunicación, consulta y participación. | 51% | Comunicar por los medios internos: SUMA, correos, entrevistas, etc., las actividades de SST, para la consulta y participación de los trabajadores | 51% | 12 | Este Indicador presenta un avance del 51% de ejecución de acuerdo con el registro de actividades que se han desarrollado para el primer semestre del 2021. El avance de ejecución se evidencia por medio de: Envío de correos electrónicos al área de comunicaciones, para que, a través de SUMA, se socialicen y se inviten a los colaboradores a participar de las actividades del PTA, opinen, registren y consulten los temas del SGSST, principalmente en la mitigación de peligros y control de riesgos, incidentes, actos y condiciones inseguras. | Acompañamiento en el desarrollo de estrategias de comunicación y divulgación de las actividades, consulta y participación de los colaboradores |

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|---|--|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

e) Los cambios en los riesgos y las oportunidades identificadas del SGSST.

Esto es reportado por los procesos de Evaluación Independiente y Gestión del Talento Humano.

f) El grado en que se han logrado los objetivos ambientales.

De acuerdo con el análisis de las tendencias de ejecución de actividades, indicadores del SGSST, y comportamiento del desempeño, se han planteado las siguientes oportunidades de mejora, con el cumplimiento gracias al apoyo de la alta dirección:

| Oportunidad de Mejora Identificada | Fuente | Actividades Realizadas | Actividades Pendientes |
|--|---------------------|---|--|
| Mejorar el cumplimiento estándares y requerimientos de normatividad técnica, para las DT | Auditoría Interna | Ampliación de la capacidad de cobertura en las DT, con profesionales licenciados en SST, que garanticen el cumplimiento del PTA de SST, así como la gestión de controles para la mitigación de peligros priorizados, al ejecutar actividades de prevención, capacitación, sensibilización y promoción de ambientes de trabajo saludables. | Mantener el buen desempeño del SGSST y la ejecución del PTA |
| Actualización de matrices de identificación de peligros desactualizadas o faltantes, principalmente para los CLAV y las DT | Auditoría Externa | Actualización de matrices de identificación de peligros contando con el apoyo de profesionales con licencia en SST para las DT y nivel central. | Terminar el proceso de identificación, actualización y socialización de las DT faltantes, CLAV y CRAV, con el apoyo del equipo de SST, Positiva ARL y equipo de asesores |
| Ejecución de socialización de actualización de matrices y planes de emergencia principalmente en las DT | | Socialización de matrices y planes de emergencia actualizados con el apoyo de los profesionales con licencia en SST contratados como enlaces para las DT | |
| Incrementar el impacto en el conocimiento de la metodología actualizada del reporte de incidentes a través del programa y | Análisis de Riesgos | Aumentar el índice de participación en actividades de capacitación presencial y virtual por parte de los colaboradores, principalmente en la socialización de la política, actualizaciones de documentos y matrices, metodología de reporte PARE, | Diseño de nuevas estrategias de divulgación con el apoyo del área de comunicaciones de la entidad |

| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

| | | | |
|---|--------------------|---|---|
| formato PARE, política de SST, actualizaciones y documentación del SGSST | | prevención y promoción, actuación ante una emergencia. | |
| Mantener el cumplimiento estándares mínimos resolución 0312 de 2019, con un porcentaje del 90% de avance y por ende certificación en ISO 45001 | Autoevaluación ARL | Mantener la gestión realizada, en el cumplimiento de estándares mínimos de SST, según la resolución 0312, y certificación de ISO 45001, a través de la continuidad de los profesionales con licencia de SST, contratados para apoyar el desarrollo del SGSST | Tener en cuenta los cambios administrativos, legales, de infraestructura, procedimentales y demás que puedan intervenir en el desarrollo y eficiencia del SGSST. |
| | | Cumplimiento de lo estipulado en la legislación, en lo relacionado con la garantía de ambientes de trabajo saludables para los colaboradores que cuenten con recomendaciones laborales, indiferente del origen de su enfermedad. Es importante tener en cuenta, que se deben también, acatar las disposiciones normativas, técnicas y sanitarias aplicables como medidas de control en la mitigación de los efectos de la pandemia. | Desarrollo de actividades con el apoyo y acompañamiento de Positiva ARL y Magna Corredor de Seguros (mecanismos de reinversión) |
| Actualización, diseño, implementación y normalización de programas que respondan a las necesidades productivas actuales, en concordancia con lineamientos legislativos y estándares mínimos de la resolución 0312 de 2019 | | Desarrollo de los subprogramas que componen el programa de medicina laboral, con el cumplimiento de indicadores, alcanzando la meta de control de ausentismo laboral por baja médica. Este programa requiere la conformación de un equipo de salud. | Implementar los PVE osteomuscular y de riesgo psicosocial, que se encuentran documentados y en espera de normalización por el área de calidad de la Unidad. Estos sistemas cuentan con datos estadísticos, planes de acción, e identificación de casos conciliados en bases de datos que fueron desarrolladas en conjunto por el SGSST y el proveedor Aplicando |

| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

g) Informe de gestión del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo COPASST

- Se realizaron las sesiones ordinarias del comité
- Se hizo seguimiento al desarrollo del plan de trabajo de SST
- Se hicieron propuestas relacionadas con Recordar el cumplimiento del horario en la jornada laboral ordinaria y el respeto por los descansos remunerados, Incentivos a las Brigadas de Emergencia, Acompañamiento Psicosocial y Política del Buen Cuidado (manejando del Síndrome de Burnout y casos COVID-19), Se solicitó sección ampliada del COPASST Nacional con el COPASST Territorial, Seguimiento Plan de Trabajo SG-SST en el marco del regreso a normalidad laboral, Reapertura y seguimiento Sala de lactancia.

h) Informe de gestión del Comité de Convivencia Laboral

Esto es reportado por el proceso de Gestión del Talento Humano.

i) Informe gestión del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo que incluya: grado de cumplimiento de los objetivos, estado de la investigación de accidentes de trabajo y enfermedades laborales y recomendaciones, cambios normativos y eficacia de los programas implementados.

Con el fin de realizar un análisis sistemático del comportamiento de los datos e información que alimenta el SGSST, el presente informe, inicia con la exposición de los indicadores que según la resolución 0312 de 2019 deben estudiarse en el desempeño del sistema, a partir de un análisis comparativo de esta información:

- Frecuencia de accidentalidad (número mensual): comparativo, años 2019, 2020 y 2021.
- Severidad de accidentalidad (número mensual): comparativo, años 2019, 2020 y 2021.
- Proporción de accidentes mortales (porcentaje mensual): comparativo, años 2019, 2020 y 2021.
- Prevalencia EL (proporción anual): comparativo, años 2019, 2020 y 2021.
- Incidencia EL (proporción anual): comparativo, años 2019, 2020 y 2021.
- Ausentismo laboral (tasa mensual) comparativo, años 2019, 2020 y 2021.

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|---|--|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

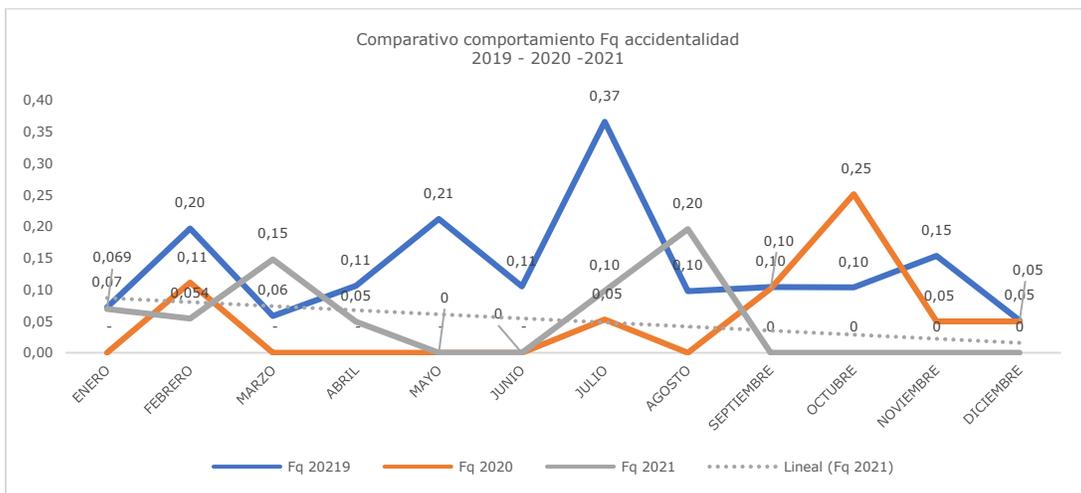
El análisis comparativo, permite determinar las tendencias de los indicadores para proyectar las metas de los años siguientes, con relación al periodo comparado.

El siguiente tópico por gestionar, es el relacionado con el cumplimiento de los objetivos y su grado de avance (Grafica. Comparativo avance objetivos 2020 – 2021). Al culminar con esta exposición, se continuará con el análisis de los datos correspondientes al comportamiento de la accidentalidad, incidencia y prevalencia de EL, y su relación con el diseño de los programas implementados para prevención y promoción en el SGSST.

I. Indicadores del SGSST (resolución 0312 de 2019)

A través de la implementación de las medidas de control de la accidentalidad, apalancadas con el plan de trabajo de SST se ha reducido la frecuencia de accidentes laborales pasando de 30 AT en 2019 a 12 AT en 2020 lo que evidencia una reducción del 60%;(equivalente a 18 accidentes) para lo corrido del año 2021, se han tenido, se disminuyero 12 AT, logrando, lo que equivale a una baja del 33%, hasta septiembre 2021 (6 accidentes)

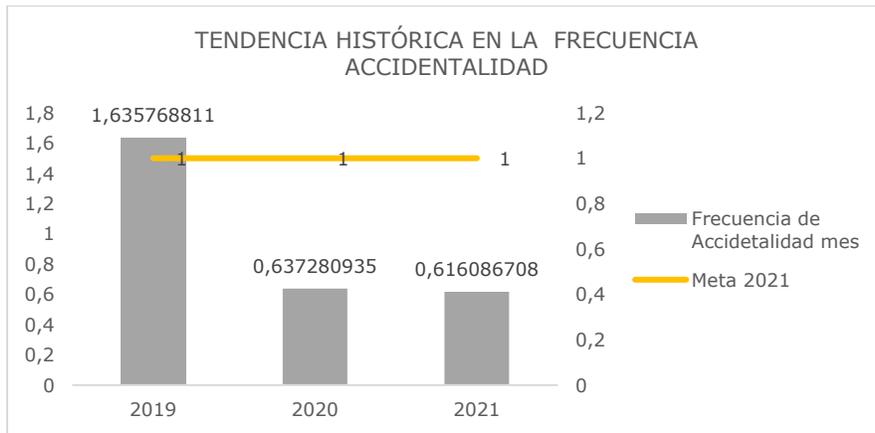
1. Frecuencia de accidentalidad (número mensual)



Interpretación del indicador: Por cada cien 100 trabajadores que laboraron en los meses de enero a septiembre de 2021 la frecuencia de accidentalidad fue de 0.63 accidentes laborales, sobre un promedio de 1948 colaboradores. En relación con el año inmediatamente anterior, donde por cada mes analizado se presentó un promedio

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|--|-------------|-------------------|-------------------|
| PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 172 de 295 |

de 0.64 accidentes laborales, se interpreta como una reducción para el año 2021 de 0.01 accidentes (a septiembre). Es probable que la reducción de este indicador este influenciada por la pandemia por COVID-19. Es conclusión, se obtiene una reducción en la tasa de accidentalidad del 3%.

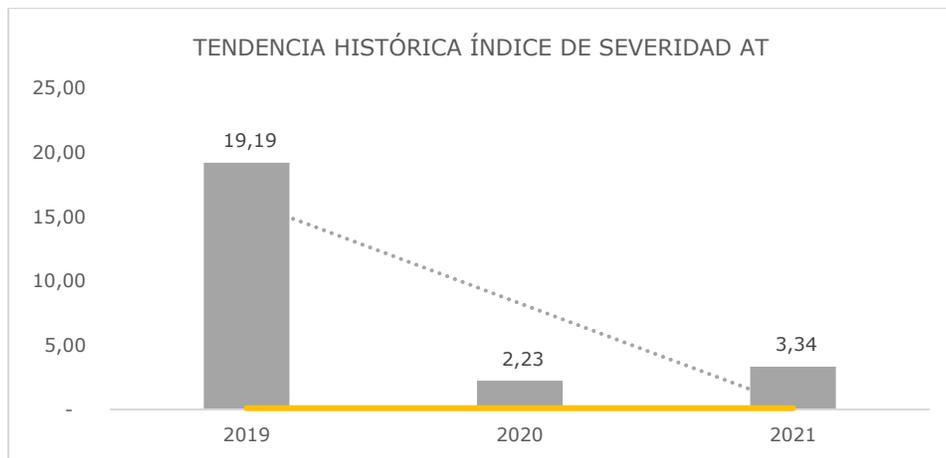


2. Severidad de la accidentalidad (número, mensual).



| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|---|--|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

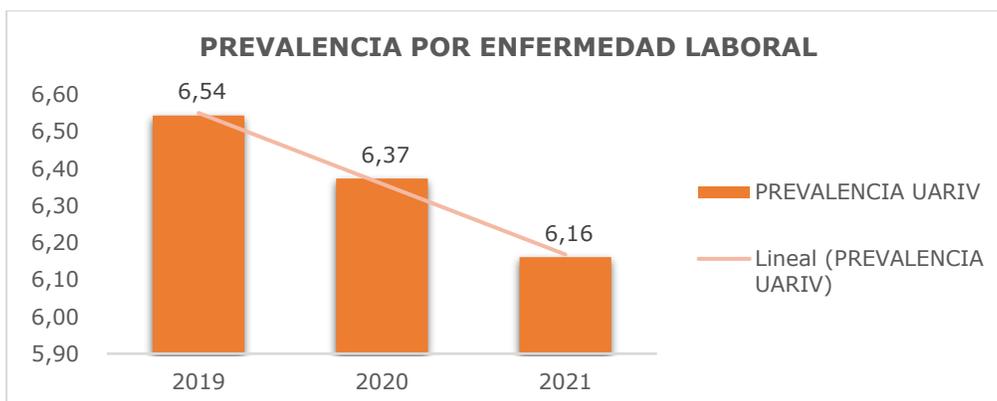
Interpretación del indicador: Con respecto a la severidad de la accidentalidad, se obtiene un resultado para el año 2019 a partir de un promedio de 19 días perdidos por AT/100 trabajadores por mes, para el año 2020 se determina un promedio de 2.2 días perdidos por AT / 100 trabajadores por mes, lo que denota una reducción del 88% equivalente a 17 días disminuidos. A septiembre de 2021, se ha logrado mantener la meta de días perdidos (18 días / 100 trabajadores en el mes), alcanzando un máximo de 3.3 días perdidos en un promedio de 1948 colaboradores.



3. Proporción de accidentes mortales (porcentaje mensual)

El índice de accidentes mortales para la UARIV se mantiene en 0% para los años de 2019, 2020 y 2021.

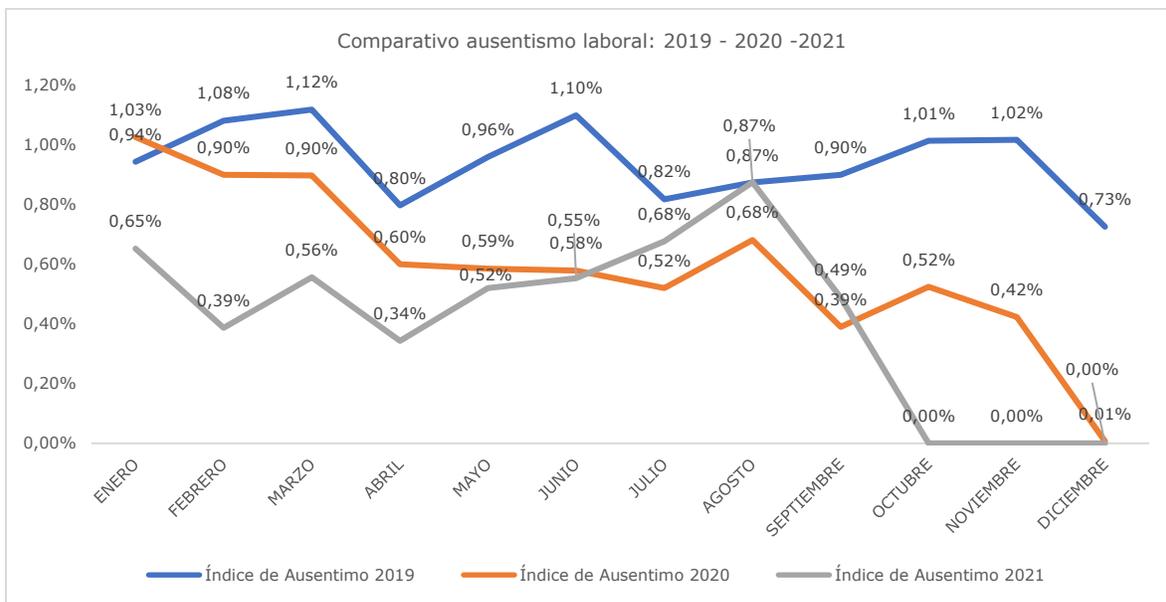
4. Prevalencia EL (proporción anual)



| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|---|--|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

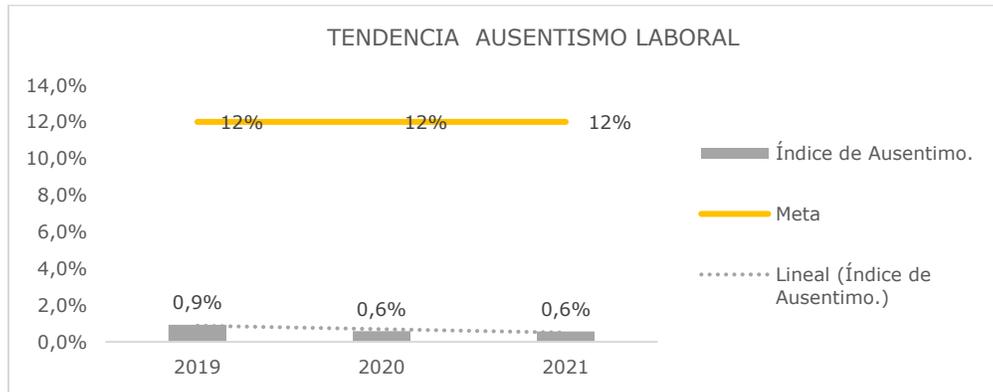
Interpretación del indicador: En cuanto a la prevalencia de enfermedad laboral, este indicador se mantiene estable, ya que se encuentra que, en los periodos de 2019, 2020 y 2021, prevalecen 6 casos de EL nuevos y antiguos. Finalmente, no se tiene incidencia de EL (0 casos nuevos).

5. Ausentismo laboral (tasa mensual)

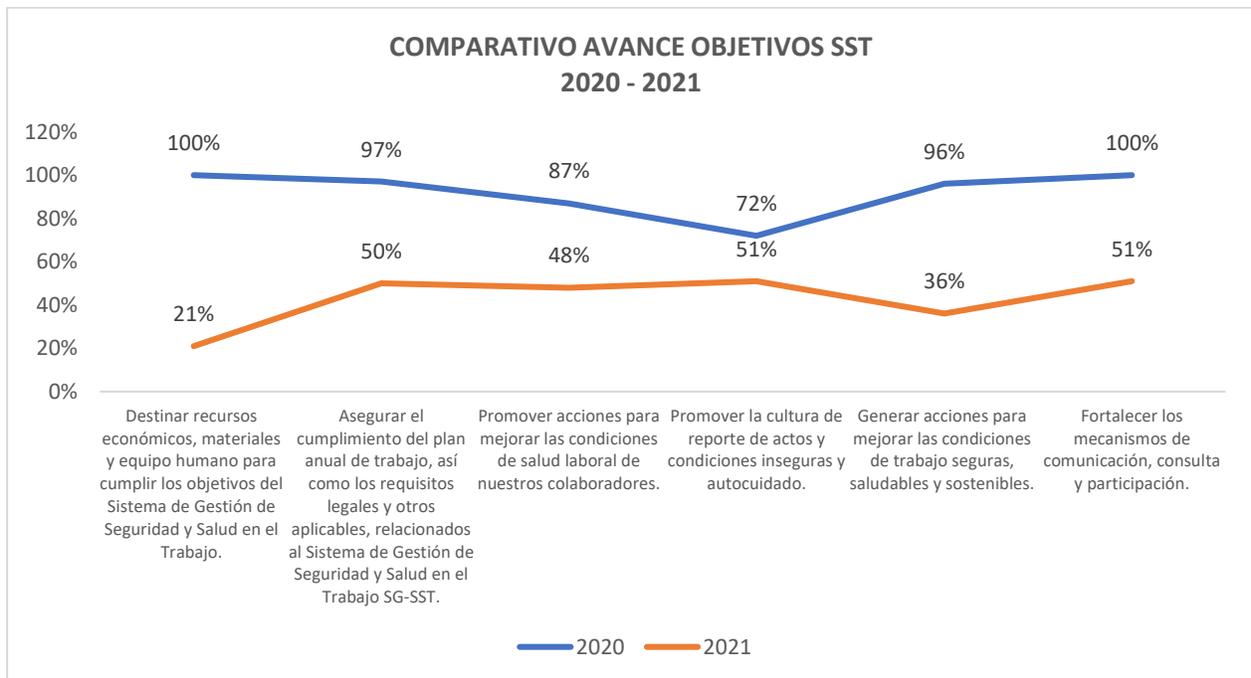


Interpretación del indicador: Para el análisis del indicador de ausentismo laboral, en relación con el año 2019, el porcentaje de días perdidos por baja médica (EC, ATEL) fue del 0.9%, equivalente a 4.232 días/451.217 días de trabajo programados al año, en el 2020 se observa una reducción en el indicador de 0.3 puntos porcentuales, ya que para este año se alcanza un 0.6% de días perdidos por baja médica, correspondiente a 2.676 días/461.351 días de trabajo programados al año y en lo corrido del año 2021 (septiembre), se presenta un indicador igual al del año pasado, de 0.6% de días perdidos, relacionado con 2.015 días perdidos por baja médica/359.348 días de trabajo programados al año.

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|--|-------------|-------------------|-------------------|
| PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 175 de 295 |



II. Cumplimiento de objetivos: grado de avance



En la gráfica, se evidencia un mayor alcance en el avance de los objetivos para el año 2020 (92%), en comparación con lo corrido del año 2021 (43%), lo cual puede estar relacionado con lo reportado, únicamente durante el primer semestre del año. En el cumplimiento de objetivos, se observa un mayor avance en 2020, para la destinación de recursos (100%), generación de acciones para mejorar las condiciones de trabajo (96%), y fortalecer los mecanismos de comunicación (100%). Al comparar ambos periodos se observa un similar comportamiento, para el aseguramiento del

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|---|--|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

cumplimiento del plan de trabajo anual (2020:97%; 2021:52%). Es importante tener en cuenta, que, falta el último trimestre del año, para completar el registro de datos.

Finalmente se presenta el avance comparativo, frente al cumplimiento de los objetivos de la política de SST:

III. Desempeño de las actividades de control y mitigación de peligros: Programas de prevención y promoción

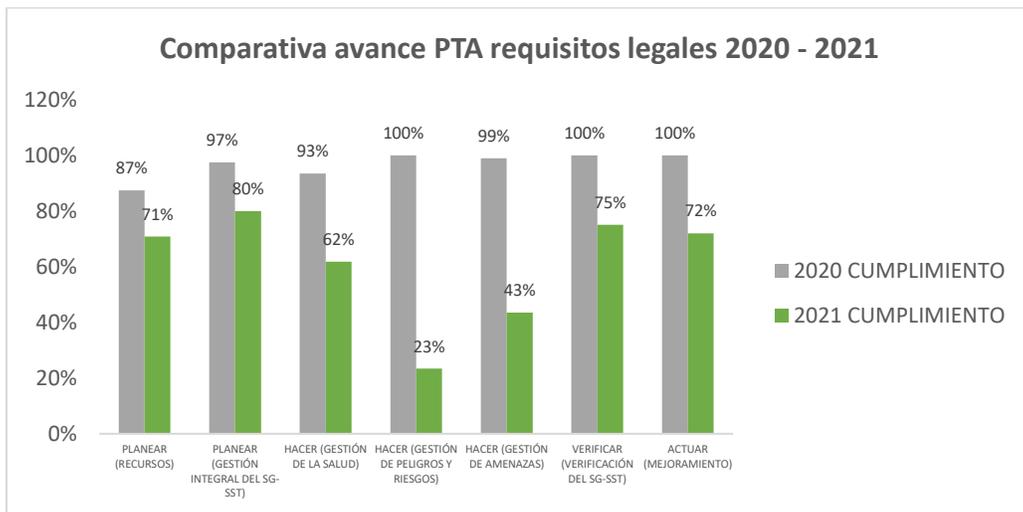
El SGSST se encuentra diseñado a partir de la metodología del ciclo PHVA, respondiendo tanto a lo exigido en el decreto 1072 de 2015, resolución 0312 de 2019, como en lo recomendado por la ISO 45001. Tiene como objetivo primordial según la política de SST, promover ambientes de trabajo saludables, en condiciones de trabajo seguras, bajo estrictos estándares de calidad y eficiencia, para incrementar la productividad y propender por el bienestar y salud de los funcionarios y contratistas. Para cumplir con este objetivo, se han diseñado diferentes actividades plasmadas en el PTA, y a continuación se presenta el avance comparativo de los años 2020 y 2021:

- Avance comparativo por cumplimiento de requisitos legales

| REQUISITO LEGAL | 2020 | | | 2021 | | |
|---------------------------------------|------------------|-------------------|--------------|------------------|-------------------|--------------|
| | TAREAS PLANEADAS | TAREAS EJECUTADAS | CUMPLIMIENTO | TAREAS PLANEADAS | TAREAS EJECUTADAS | CUMPLIMIENTO |
| PLANEAR (RECURSOS) | 292 | 255 | 87% | 541 | 383 | 71% |
| PLANEAR (GESTIÓN INTEGRAL DEL SG-SST) | 39 | 38 | 97% | 45 | 36 | 80% |
| HACER (GESTIÓN DE LA SALUD) | 2361 | 2206 | 93% | 351 | 217 | 62% |
| HACER (GESTIÓN DE PELIGROS Y RIESGOS) | 36 | 36 | 100% | 363 | 85 | 23% |
| HACER (GESTIÓN DE AMENAZAS) | 93 | 92 | 99% | 92 | 40 | 43% |
| VERIFICAR (VERIFICACIÓN DEL SG-SST) | 13 | 13 | 100% | 8 | 6 | 75% |

| | | | | | | |
|---|---|-------------|--|-------------------|--|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | | Fecha: 23/02/2018 | | Página 177 de 295 |

| | | | | | | |
|-----------------------|-------------|-------------|------------|-------------|------------|------------|
| ACTUAR (MEJORAMIENTO) | 6 | 6 | 100% | 25 | 18 | 72% |
| TOTAL | 2840 | 2646 | 97% | 1425 | 785 | 61% |



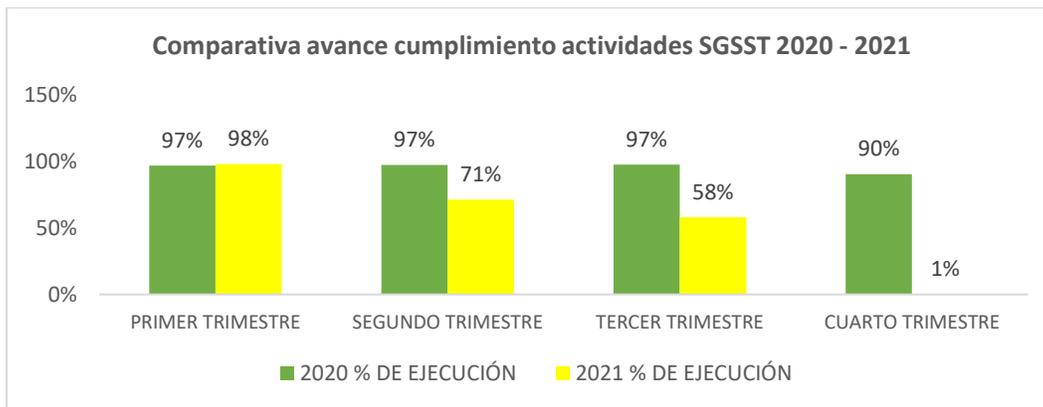
En la gráfica se observa un cumplimiento para el periodo del 2020, del 97%, logrando la ejecución de 2646 actividades de las 2840 programadas. Las fortalezas de avance se evidencian en el desarrollo de estrategias de impacto para el hacer (100%) en gestión de peligros y controles, verificar (100%), y actuar (100%). Así mismo se continua con el diseño de procesos que permitan mejorar el desempeño del SGSST, como se registra en la comparación con el periodo de 2021. En este periodo (2021), se registra un cumplimiento promedio del 61%, teniendo en cuenta que, faltando el último trimestre del año, la mayor fortaleza en el avance se evidencia para los requisitos legales de planear (80%), verificar (75%), actuar (72%). Se continua el trabajo para cumplir con los demás requisitos a través de actividades de capacitación virtual, principalmente para el hacer en gestión de la salud (62%), visitas programadas con el apoyo de los profesionales de SST en territorio, lo que permite fortalecer la presencia y efectividad del desempeño del sistema en el hacer (55%) de gestión de amenazas (43%), y gestión de peligros y riesgos (23%).

A continuación, se presenta el detalle de avance en el cumplimiento de las actividades planeadas, en comparativa para los periodos 2020 y 2021:

| TRIMESTRE | 2020 | 2021 |
|-----------|------|------|
|-----------|------|------|

| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

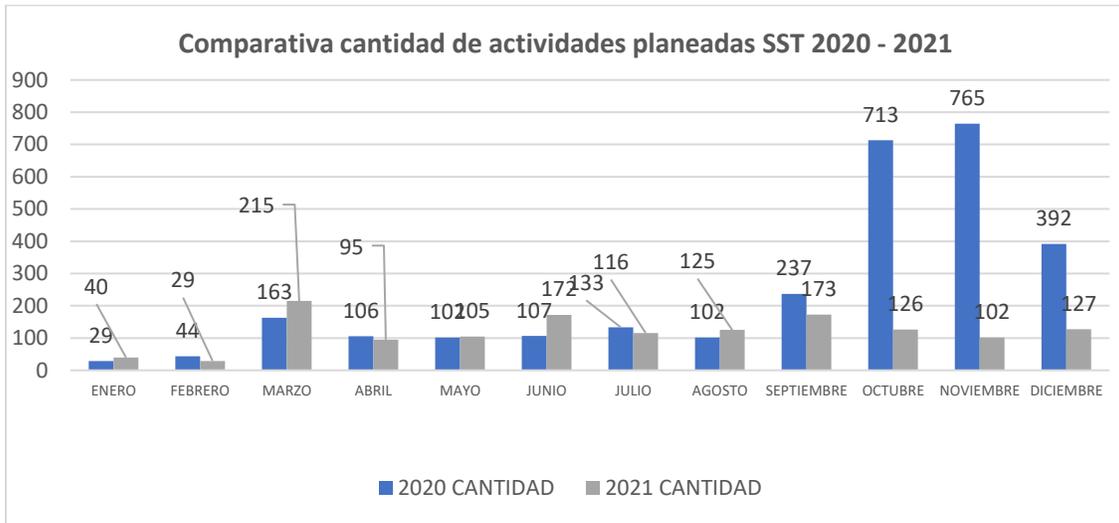
| | PLANEADAS | EJECUTADAS | % DE EJECUCIÓN | PLANEADAS | EJECUTADAS | % DE EJECUCIÓN |
|-------------------|-------------|-------------|----------------|-------------|------------|----------------|
| PRIMER TRIMESTRE | 236 | 228 | 97% | 284 | 278 | 98% |
| SEGUNDO TRIMESTRE | 315 | 306 | 97% | 372 | 265 | 71% |
| TERCER TRIMESTRE | 472 | 460 | 97% | 414 | 240 | 58% |
| CUARTO TRIMESTRE | 1870 | 1687 | 90% | 355 | 2 | 1% |
| TOTAL | 2893 | 2681 | 95% | 1425 | 785 | 61% |



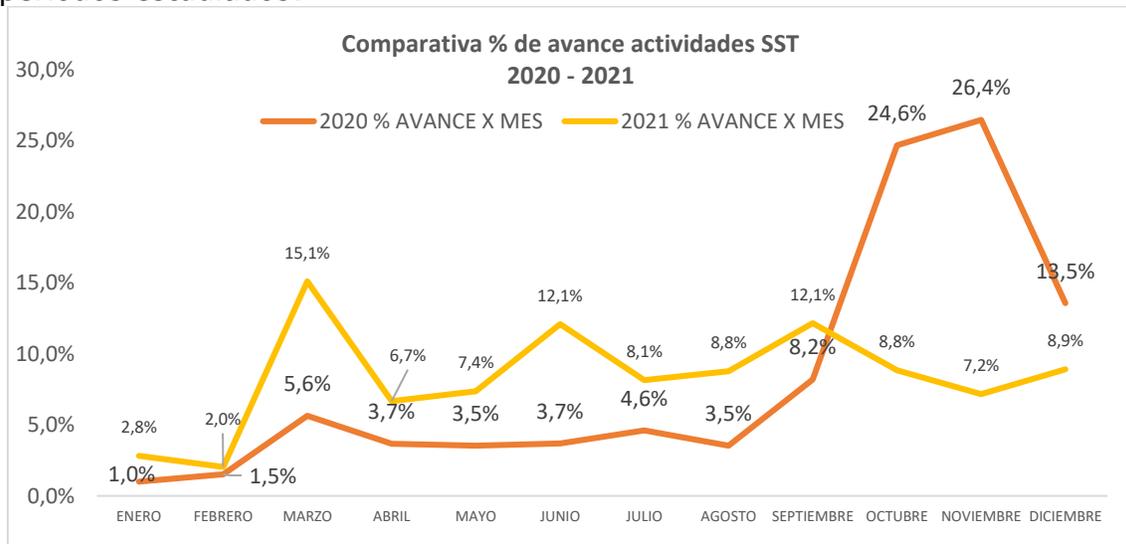
A falta de culminar el año 2021 en su último trimestre, se ha logrado un avance del 61%, en comparación con el año 2020, en el cual se alcanzó el 95% de cumplimiento. En los meses que componen los dos últimos trimestres del año 2021, se requiere un mayor fortalecimiento en el desarrollo de actividades ya que se ha alcanzado un avance del 58%.

Esta es la gráfica comparativa de la cantidad de actividades planeadas por mes, en los periodos analizados:

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|--|-------------|-------------------|-------------------|
| PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 179 de 295 |



En esta grafica se analiza el porcentaje de avance de las actividades mensuales, para los periodos estudiados:



Luego del análisis del comportamiento del avance de cumplimiento y efectividad de las actividades planteadas en el PTA del SGSST, se presentan los datos que alimentan el diseño y desempeño del sistema.

1. Caracterización de la accidentalidad

| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

Para dar continuidad en el desarrollo de la información concerniente al estado y procesamiento de los accidentes laborales que se presentaron en la UARIV, a continuación, se expone la metodología y el análisis de la accidentalidad sufrida, en comparativa de los periodos 2019, 2020 y 2021.

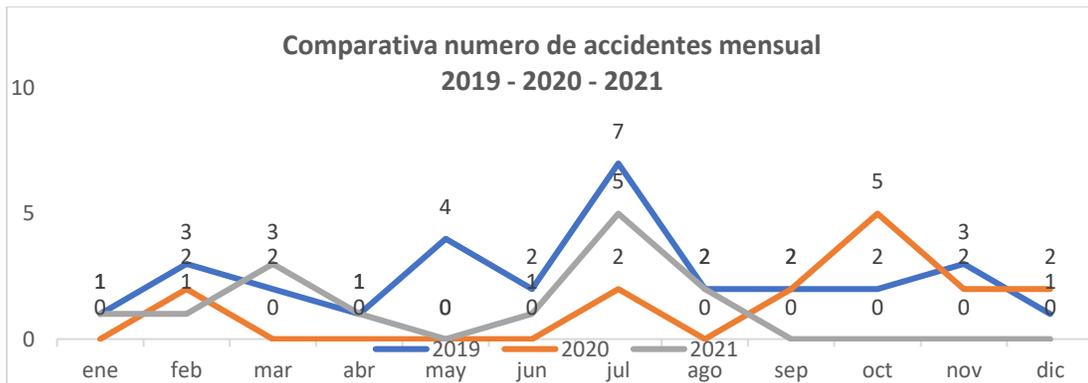
| AÑO | No. AL |
|------------|---------------|
| 2019 | 30 |
| 2020 | 12 |
| 2021 | 12* |

*Dato a septiembre de 2021

A través del grupo de investigación de accidentes laborales, liderado por el SGSST, y en compañía del COPASST de cada DT, se han gestionado y ejecutado de acuerdo con la Resolución los 1401 de 2007, las actividades de investigación para los 3 periodos, alcanzando un 100% de avance. Estos procesos se surten dentro del tiempo estipulado por la mencionada resolución sin superar los 15 días hábiles.

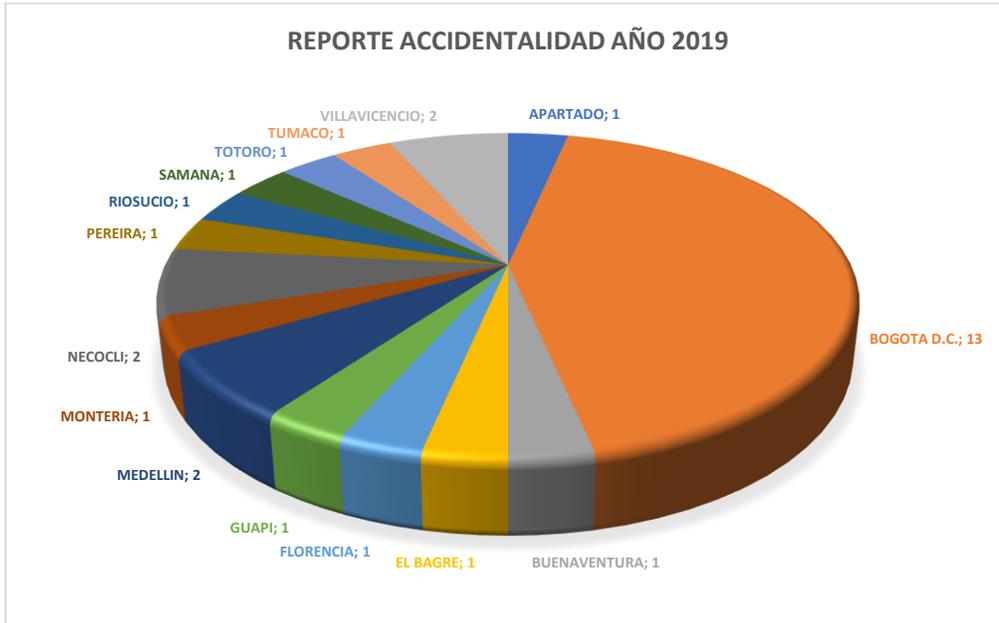
Estos son los resultados obtenidos con el desarrollo de las investigaciones:

Comparativo de Accidentalidad por meses durante tres periodos:

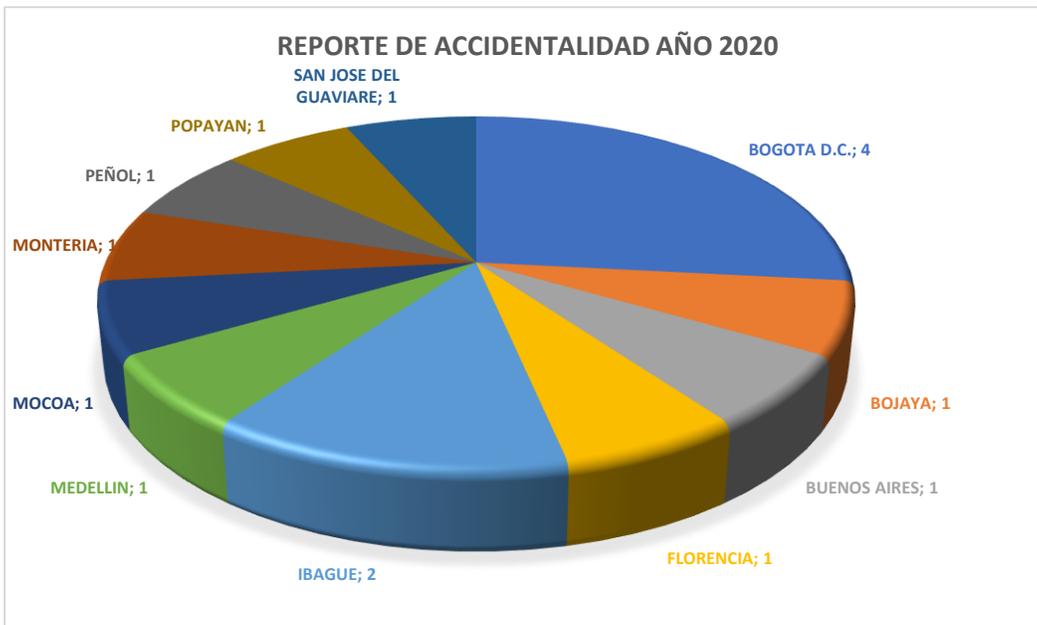


Se evidencia que para el año 2019 se presento mas numeros de accidentes con un total de 30 accidentes siendo los meses de julio con 7 accidentes su mayor numero y mayo con 4 accidentes febrero y noviembre se presentaron 3 accidentes por mes, para los años 2020 solo se presentaron 15 accidentes siendo el mes de Octubre con 5 accidentes la mayor cifra reportada y para el año 2021 se lleva un conteo de 14 accidentes, siendo Julio el mes con 5 la mas reportada.

| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

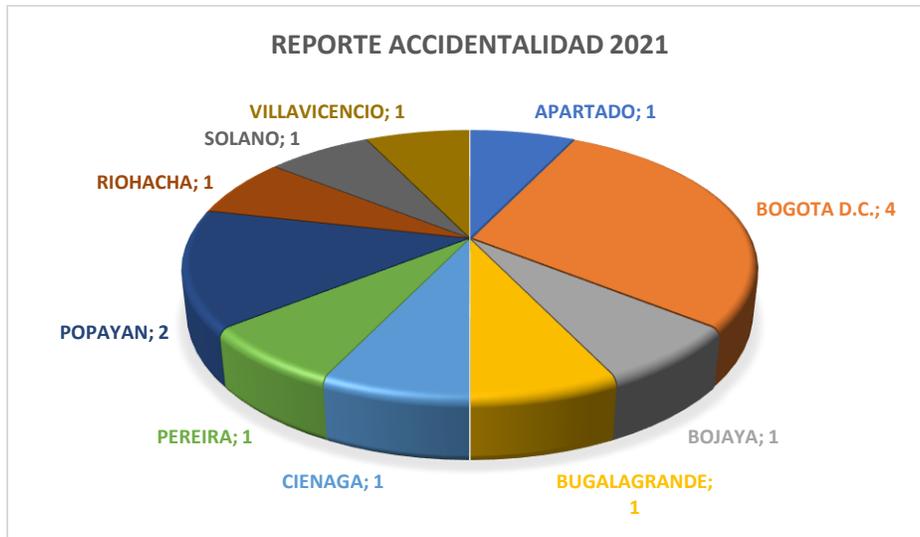


Para el año 2019, Bogota D.C fue la ciudad con mayor numero de accidentes presentados con un total de 13 accidentes reportados.

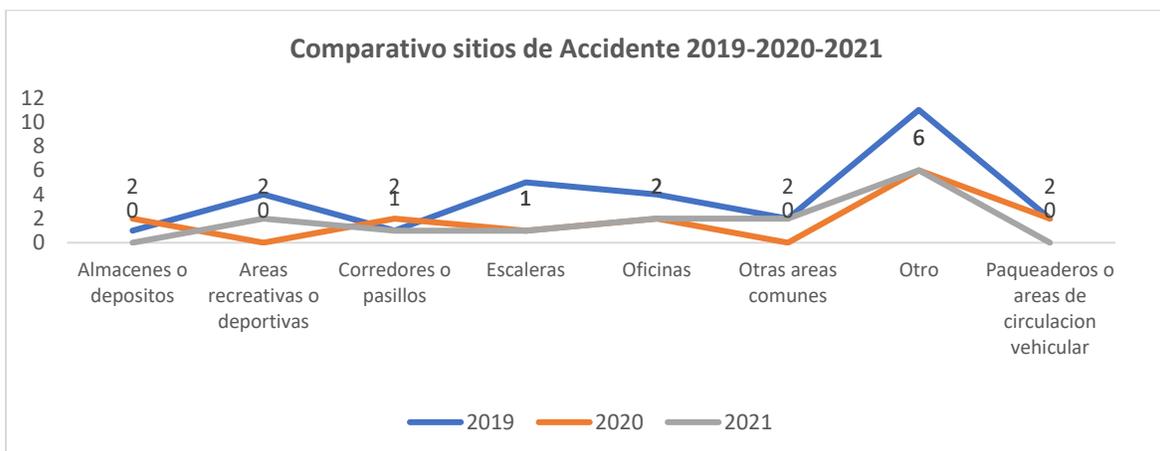


| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|--|-------------|-------------------|-------------------|
| PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 182 de 295 |

Para el años 2020, Bogota D.C fue la ciudad con mayor numero de accidentes reportados, para un total de 4, Ibague con 2, y las demas ciudades que se evidencian en la grafica con un accidente Reportado cada una.



De acuerdo al comparativo realizado año tras año, se presentan accidentes en diferentes areas las cuales la reportamos en la siguientes grafica.



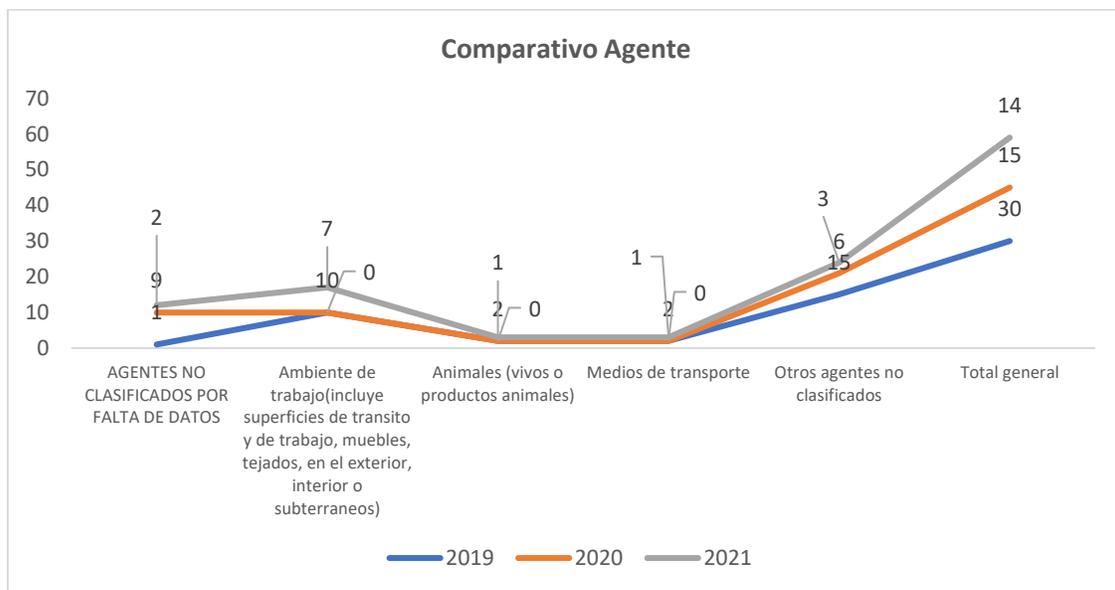
Para el año 2019 se presenta el mayor numero de accidentes de los 30 reportados 11 de ellos fueron en otros lugares, luego 5 accidentes se presentan en escaleras 4

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|--|-------------|-------------------|-------------------|
| PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 183 de 295 |

en oficinas y zonas deportivas 2 en areas comunes y 2 en parqueaderos 1 en pasillos y 1 en almacenes o depositos.

Para el año 2020 se presentan menos reportes de accidentes para un total de 15 de los cuales 6 fueron en otros lugares y 2 se presentaron en almacenes, Pasillos, oficinas, y parqueaderos.

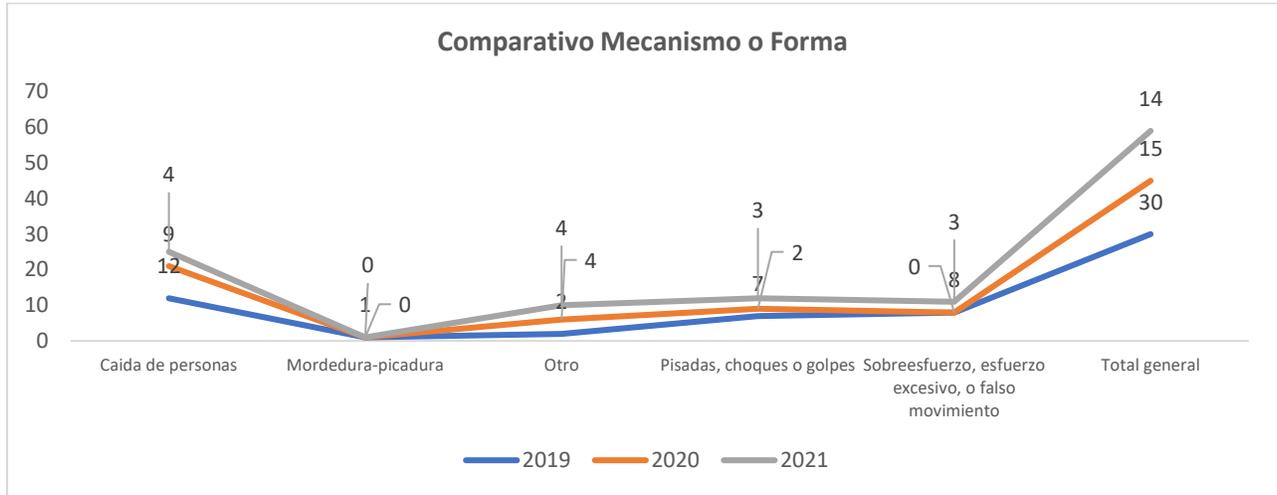
Para el años 2021 disminuyo el nuemro de accidentes para un total de 14 de los cuales 6 sigue siendo los mas reportados en otros lugares 2 en oficinas y areas comunes y zonas recreativas disminuyo en escaleras con solo 1 accidente y en los pasillos con 1 accidente.



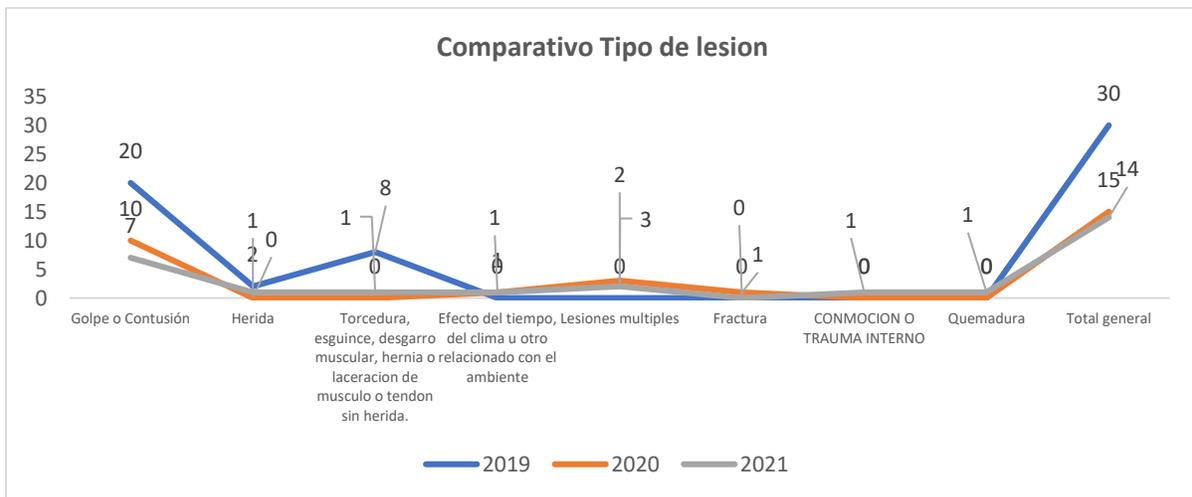
Para los agentes que influyeron en la accidentalidad notamos que hay mayor numero en los agentes no clasificados por falta de datos 15 reportes para el año 2019 para Ambiente de trabajo(incluye superficies de transito y de trabajo, muebles, tejados, en el exterior, interior o subterrneos) se reportaron 10 eventos.

Para el año 2020 los agentes, fueron los no clasificados por falta de informacion reportandose 9; otros 6 fueron reportados como agentes no clasificados.

Para el año 2021 Ambiente de trabajo(incluye superficies de transito y de trabajo, muebles, tejados, en el exterior, interior o subterrneos) 7 casos reportados.

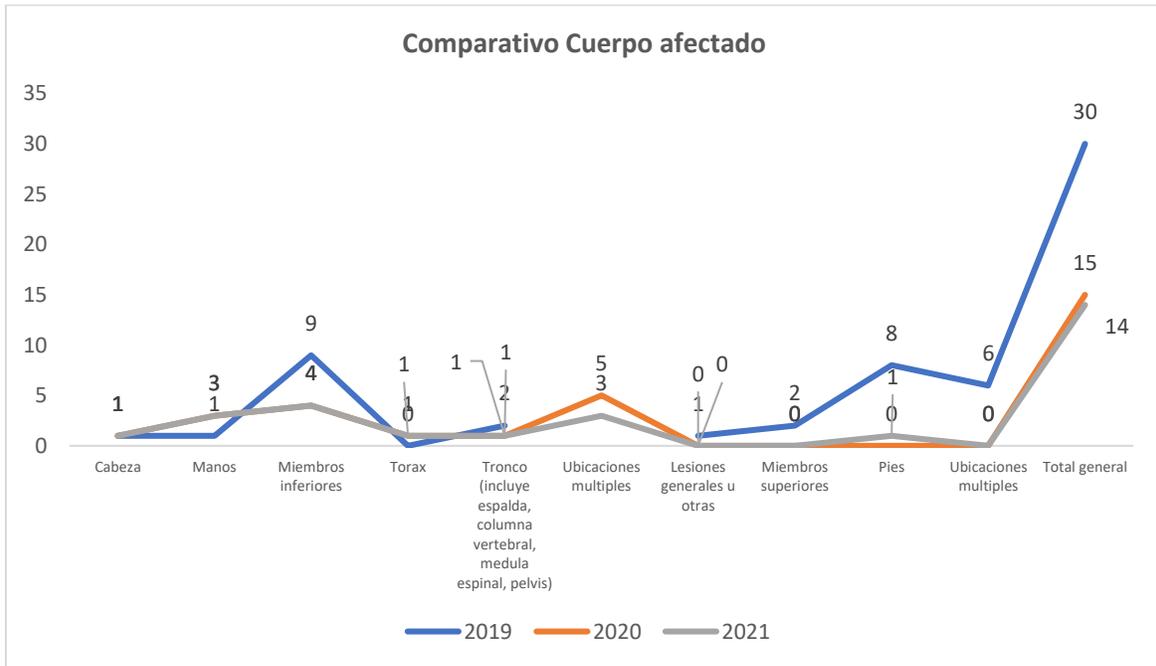


Dentro del mecanismo o forma del accidente para el año 2019 se presentaron casos como caídas de personas 12, sobre esfuerzo o esfuerzo excesivo 8 y pisadas o golpes fueron 7 reportes. Para el año 2020 se presentaron 9 caídas, 4 otros mecanismos y 2 pisadas o golpes. Para el año 2021 solamente se presentaron 4 caídas, 4 otros y 3 pisadas o golpes, y 3 casos de sobreesfuerzo.



Los tipos de lesiones mas frecuentes son Golpes o contusiones presentandose en el año 2019: 20 casos reportados, 2020: 10 casos reportados y 2021: 7 casos reportados. En menor nagnitud, otros casos que se presentaron fueron esguinces con 8 casos en el año 2019.

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|--|-------------|-------------------|-------------------|
| PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 185 de 295 |



Las lesiones más frecuentes en el año 2019 fueron en los miembros inferiores con un total de 9 casos reportados; y 8 casos en pies; 6 casos fueron en varias ubicaciones. Para el año 2020 los casos reportados con mayor frecuencia fueron con múltiples lesiones con 5 casos reportados.

Para el año 2021 los casos con mayor frecuencia fueron 4 casos en miembros inferiores, 3 ubicaciones múltiples y 3 en manos.

2. Caracterización de EL

En relación con el año anterior, no se registran cambios frente al indicador de prevalencia de EL, manteniéndose los mismos 6 casos, por tal motivo, no se registra incidencia de la EL.

Se realiza el análisis de las enfermedades reportadas desde la vigencia de la empresa 27/01/2012 hasta 31/12/2020, evidenciando que fueron radicados 8 casos ante Positiva Compañía de Seguros S.A, correspondientes a Enfermedad Laboral.

Distribución diagnóstica por origen vs clasificación de evento

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|---|--|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

De acuerdo con la información analizada desde la vigencia de la Unidad 27/01/2012 hasta 31/12/2020 con Positiva Compañía de Seguros S.A, se recibieron 8 Enfermedades laborales las cuales a la fecha se encuentran determinadas de la siguiente manera:

Distribución por origen Vs Clasificación de eventos

Para ilustrar este análisis, a continuación, se presenta el cuadro con los casos tratados junto Positiva ARL y que se encuentran reconocidos con origen laboral:

| ORIGEN | EPS | ARL | JRCI | JNAL | NO. CASOS | % |
|----------------------|----------|----------|----------|----------|-----------|-------------|
| COMÚN | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 13% |
| MIXTO | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 | 25% |
| PROFESIONAL | 0 | 3 | 1 | 1 | 5 | 63% |
| TOTAL GENERAL | 0 | 6 | 1 | 1 | 8 | 100% |

| ORIGEN | Osteomuscular | Esfera mental | Auditivo | Otros | No. Casos | % |
|----------------------|---------------|---------------|----------|----------|-----------|-------------|
| COMÚN | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 12,50% |
| MIXTO | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 25,0% |
| PROFESIONAL | 3 | 1 | 0 | 1 | 5 | 62,50% |
| TOTAL GENERAL | 6 | 1 | 0 | 1 | 8 | 100% |

Calificación pérdida de capacidad laboral

Durante el periodo analizado, Positiva Compañía de Seguros S.A. realizo la calificación de secuelas de 7 siniestros de enfermedad laboral, en donde se definió, el porcentaje de la perdida de la capacidad laboral, encontrando que el 43% de los casos corresponde a calificaciones Mayor 5 % - Menor 14.99%. En cuanto al porcentaje otorgado en la calificación de pérdida de capacidad laboral, a continuación, se evidencia el comportamiento por rangos de porcentaje:

| Rango porcentaje de PCL | No. Casos | % |
|--------------------------|-----------|-----|
| PCL 0% | 2 | 29% |
| Mayor 5% - Menor 14,99% | 3 | 43% |
| Mayor 15% - Menor 29,99% | 2 | 29% |
| Mayor 30% - Menor 49,99% | 0 | 0% |

| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

| | | |
|----------------------|----------|-------------|
| TOTAL GENERAL | 7 | 100% |
|----------------------|----------|-------------|

Estado de caso enfermedad laboral

Positiva Compañía de Seguros S.A realizo el análisis de Las Enfermedades Laborales realizando la siguiente distribución por estado de caso:

| ORIGEN | EL | | |
|----------------------|---------|----------------------------|-------------|
| ESTADO | CERRADO | CRÓNICO O EN MANTENIMIENTO | SEGUIMIENTO |
| TOTAL GENERAL | 2 | 6 | 0 |

Casos con seguimiento por enfermedad laboral año 2020 y 2021

| Tipo de ATEL | No. Siniestro | Nombre Asegurado | Fecha Evento | ACUERDO DE MESA | ESTADO |
|--------------|---------------|-------------------------------|--------------|--------------------|---------|
| Profesional | El | Magda Cortes | 10-dic-15 | Continua controles | Crónico |
| Mixto | El | Lida Margarita Calvo reinoso | 28-nov-14 | Continua controles | Crónico |
| Mixto | El | Monica Mendez Jimenez | 15-dic-09 | Continua controles | Crónico |
| Profesional | El | Sandra Milena Zuleta Angarita | 27-ago-12 | Continua controles | Crónico |
| Profesional | El | Uriel Humberto Garcia | 15-ene-16 | Continua controles | Crónico |
| Profesional | El | Johao Antonio Pinzon Pelayo | 30-jul-16 | Continua controles | Crónico |

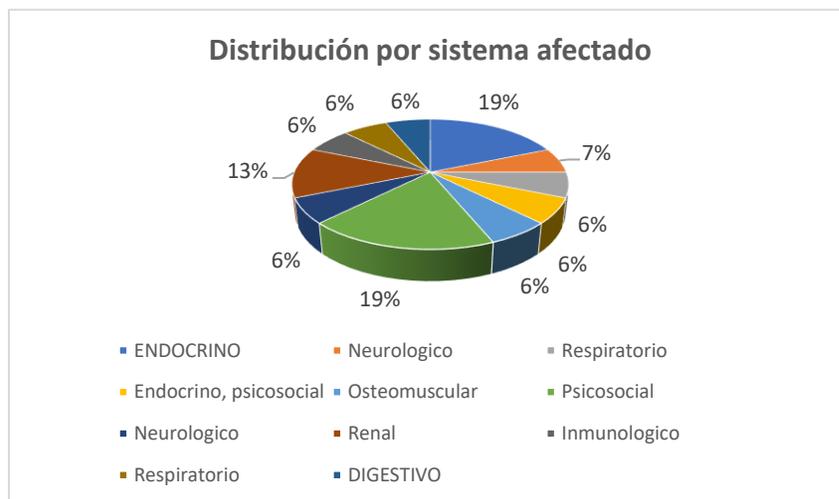
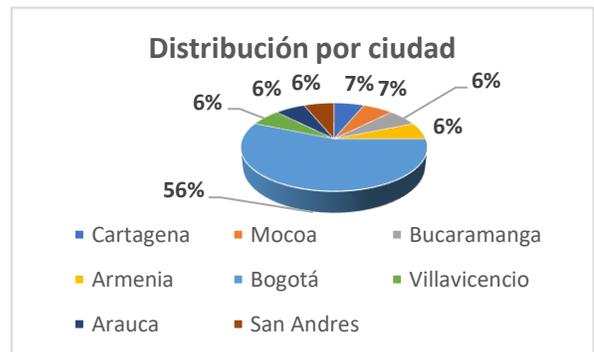
De acuerdo con la información relacionada en la tabla, tomada de la mesa laboral realizada en el mes de julio de 2021, a la fecha se presentan 6 casos en estado crónico, a los cuales se les está realizando el seguimiento respectivo y de los cuales 2 casos están clasificados como mixto (origen común y laboral).

3. Programa medicina laboral

Para junio de 2021, el GGTH a través del SGSST, inicia el desarrollo del programa de medicina laboral, específicamente para el subprograma de trabajo en casa, como respuesta y acompañamiento a los lineamientos de la resolución 777 de 2021, circular 013 de 2021, acatando lo dispuesto en la ley 2088 de 2021. Hasta septiembre de

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|--|-------------|-------------------|-------------------|
| PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 188 de 295 |

2021, se han gestionado 16 casos, de los cuales, 3 cuentan con recomendaciones laborales y 13 presentan comorbilidades que se pueden agravar por contagio con COVID – 19. De los 13 casos, el 53% cuentan con análisis y gestión por medio de acta de conocimiento de caso (7 casos), de este 53%, 4 casos que equivalen al 57%, tienen recomendaciones medico laborales emitidas por el médico laboral que apoya a la UARIV, y estas recomendaciones san sido socializadas tanto con el funcionario como con el jefe inmediato. el restante 47% ha sido captado a través del correo electrónico medicina.laboral@unidadvictimas.gov.co, y cuentan con análisis de caso y citación para revisión a través de reunión virtual (6 casos). La distribución sociodemográfica de los casos es la siguiente:



Actividades desarrolladas como gestión MedLab

- **Creación**
 - ✓ Diseño programa MedLab

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|---|--|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

- ✓ Diseño programa RyAL
- ✓ Diseño programa trabajo en casa
- **Mesa laboral**
 - ✓ Reconocimiento programa con aliado Zona Medica
 - ✓ Gestión de casos con Coordinación Medica Zona Medica
- **Comunicaciones**
 - ✓ Presentación programa líder del área comunicaciones UARIV
 - ✓ Generación de estrategia de divulgación con el apoyo del área de comunicaciones: SUMA, capsulas informativas, avatar Dr. Cuidadoso

4. Programa de medicina preventiva

El programa de medicina laboral tiene como objetivo analizar las condiciones de trabajo que pueda incidir en la salud de los colaboradores y busca el control de estas previniendo la aparición de enfermedad laborales. Este programa desarrolla actividades sanitarias preventivas, en concordancia no solo con la política de SST, también con las disposiciones legales vigentes. A continuación, se describen y presentan los resultados de las actividades de mayor impacto en el desempeño del programa y por ende del SGSST:

- **Exámenes médicos ocupacionales (EMO)**

En cumplimiento con lo ordenando por el decreto 1072 de 2015, y la resolución 2346 de 2007, el SGSST, ha ejecutado las siguientes actividades:

Los resultados de los EMO periódicos se presentan como parte del informe de diagnóstico de condiciones de salud. A continuación, en tablas se resumen las distintas variables de los perfiles de la población trabajadora. La cobertura lograda en el grupo fue de **685** trabajadores, a nivel nacional.

A continuación, se presenta la relación de exámenes médicos ocupacionales realizados por ciudad:

| CIUDAD | FRECUENCIA | % |
|-----------------|------------|----|
| APARTADOR | 9 | 1 |
| ARAUCA | 3 | 0 |
| ARMENIA | 5 | 1 |
| BARRANCABERMEJA | 12 | 2 |
| BARRANQUILLA | 20 | 3 |
| BOGOTA | 312 | 46 |
| BARRANQUILLA | 20 | 3 |

| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

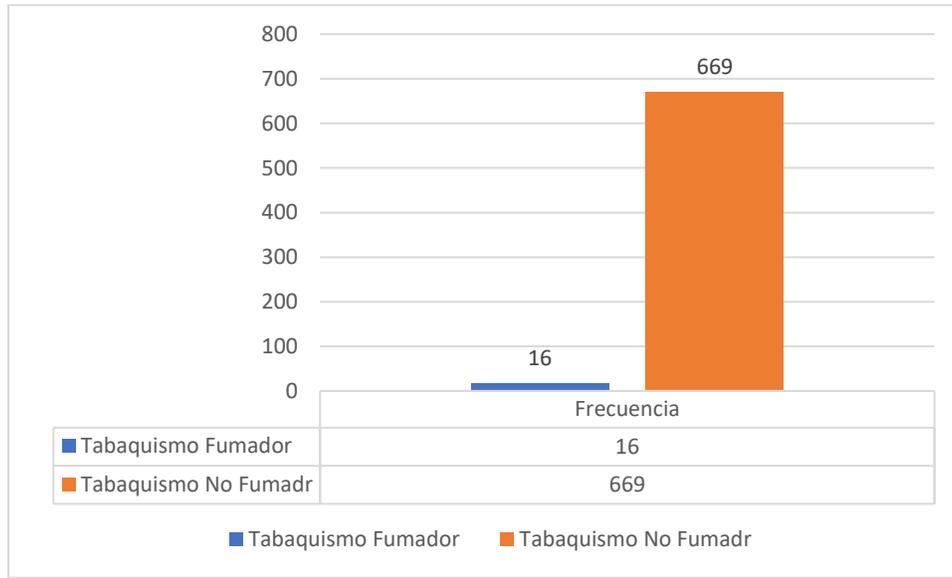
| | | |
|------------------|------------|------------|
| CALI | 25 | 4 |
| CARTAGENA | 16 | 2 |
| CUCUTA | 12 | 2 |
| FLORENCIA | 9 | 1 |
| IBAGUE | 10 | 1 |
| MAGANGUE | 1 | 0 |
| MANIZALES | 6 | 1 |
| MEDELLIN | 26 | 4 |
| MOCOA | 16 | 2 |
| MONTERIA | 16 | 2 |
| NEIVA | 6 | 1 |
| OCAÑA | 2 | 0 |
| PASTO | 23 | 3 |
| PEREIRA | 7 | 1 |
| PITALITO | 1 | 0 |
| POPAYAN | 22 | 3 |
| PTO CARREÑO | 1 | 0 |
| QUIBDO | 17 | 2 |
| RIOACHA | 6 | 1 |
| SAN ANDRES | 1 | 0 |
| S.J DEL GUAVIARE | 4 | 1 |
| SANTA MARTA | 14 | 2 |
| SINCELEJO | 15 | 2 |
| SOACHA | 3 | 0 |
| TUNJA | 5 | 1 |
| VALLEDUPAR | 17 | 2 |
| VILLAVICENCIO | 18 | 3 |
| YOPAL | 5 | 1 |
| TOTAL | 685 | 100 |

Perfiles de Hábitos

Tabaquismo

Tabla No. 5 Distribución por Hábito de Tabaquismo

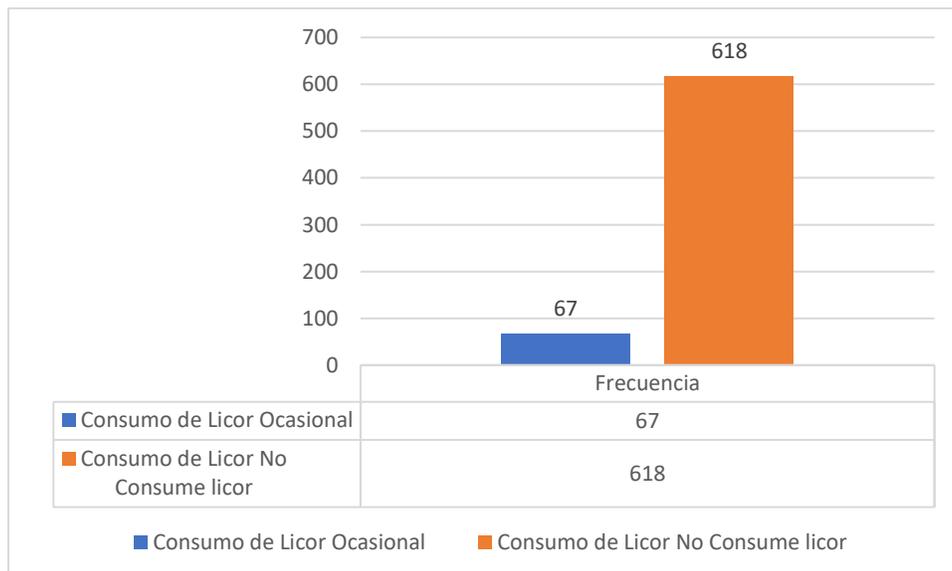
| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|---|--|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |



El 98% de la población refiere no tener el hábito de tabaquismo, lo que denota una población sana frente a los posibles efectos de este hábito.

Consumo de Alcohol

Tabla No. 6 Distribución por Hábito de Consumo de Alcohol.

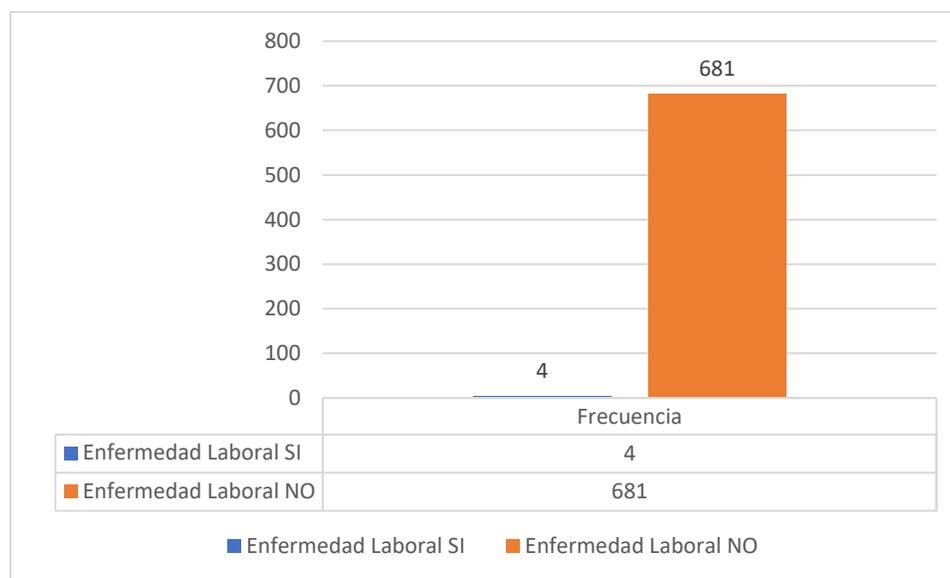


| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

El 1% de la población trabajadora refiere NO haber presentado Accidente de Trabajo en lo laborado en la compañía, lo cual nos indica de las buenas prácticas laborales y seguimiento de procedimientos de Seguridad Industrial. Estas estadísticas corresponden a lo informado por los pacientes en el momento de la consulta, por lo cual sin soportes NO son válidas para la realización de análisis de tendencias o indicadores, esta información deberá tomarse de las certificaciones emitidas por la ARL.

Enfermedad Laboral

Tabla No. 10 Distribución por Enfermedad Laboral

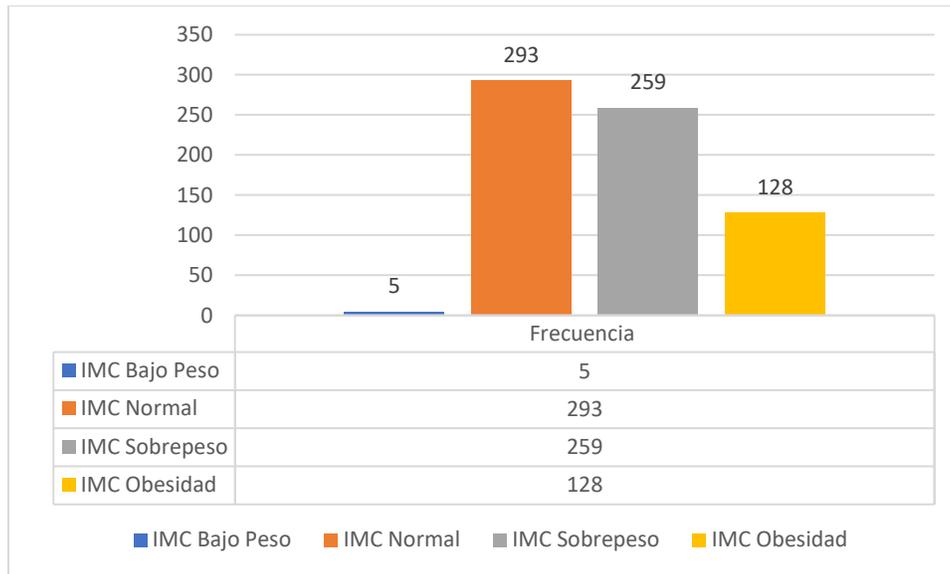


El 99% de la población trabajadora refiere NO cursar con enfermedad Laboral. Lo cual nos indica que es muy importante continuar con el seguimiento y la implementación del Sistema de Vigilancia epidemiológica, específicamente el de prevención de lesiones osteo musculares. Estas estadísticas corresponden a lo informado por los pacientes en el momento de la consulta, por lo cual sin soportes NO son válidas para la realización de análisis de tendencias o indicadores, esta información deberá tomarse de las certificaciones emitidas por la ARL.

Estado Nutricional

Tabla No. 11 Distribución por IMC.

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|--|-------------|-------------------|-------------------|
| PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 193 de 295 |



El 43% de la población presenta peso normal, seguido por el 38% quienes presentan sobrepeso, el 19% de la población presenta obesidad, y el 1% de la población presenta Bajo peso.

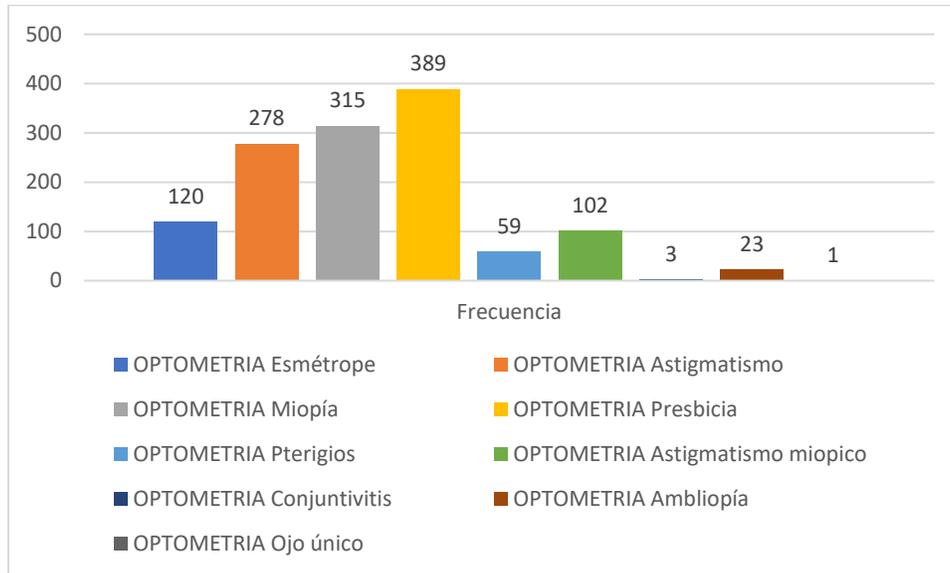
Si sumáramos los pacientes con sobrepeso y Obesidad, tendríamos un 57% de la población con un factor de Riesgo Cardiovascular Aumentado.

Diagnósticos Clínicos de Optometría

Se realizaron 685 optometrías, de las cuales se obtiene la siguiente información. La sumatoria de los diagnósticos por Optometría, dan una sumatoria de más del 100% de la población analizada, dado que hay pacientes con más de un diagnóstico.

Tabla No. 13 Distribución por Diagnósticos Clínicos más Frecuentes de Optometría.

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|--|-------------|-------------------|-------------------|
| PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 194 de 295 |

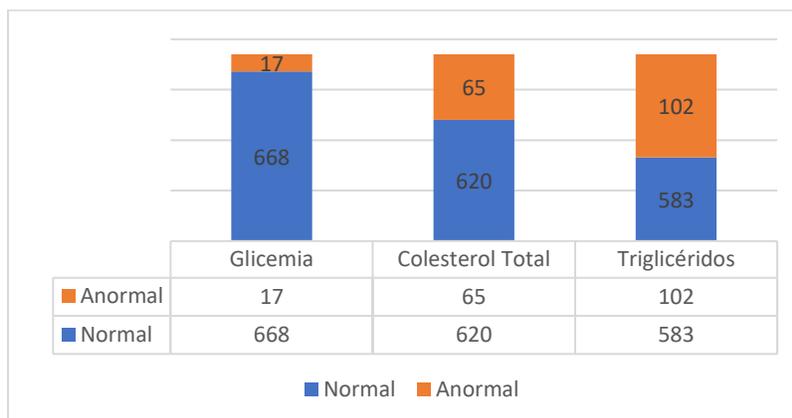


El 18% de la población es emétrope, seguido por el 82% de la población presenta defectos de la visión, de los cuales algunos presentan defectos mixtos y con más de un diagnóstico. El 82% de la población presenta vicio de refracción y actualmente presenta uso adecuado de corrección visual. El 9% presenta pterigios. El 3% de la población presenta Ambliopía.

Diagnósticos Clínicos más frecuentes por Exámenes de Laboratorio.

Se realizaron 685 Perfiles Lipídicos y Glicemias, los cuales se obtiene la siguiente información:

Tabla No. 14 Distribución por Diagnósticos Clínicos más Frecuentes por Exámenes de Laboratorio.



| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|---|--|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

- 17 glicemias son anormales
- 65 colesterol Total son anormales
- 102 triglicéridos son anormales

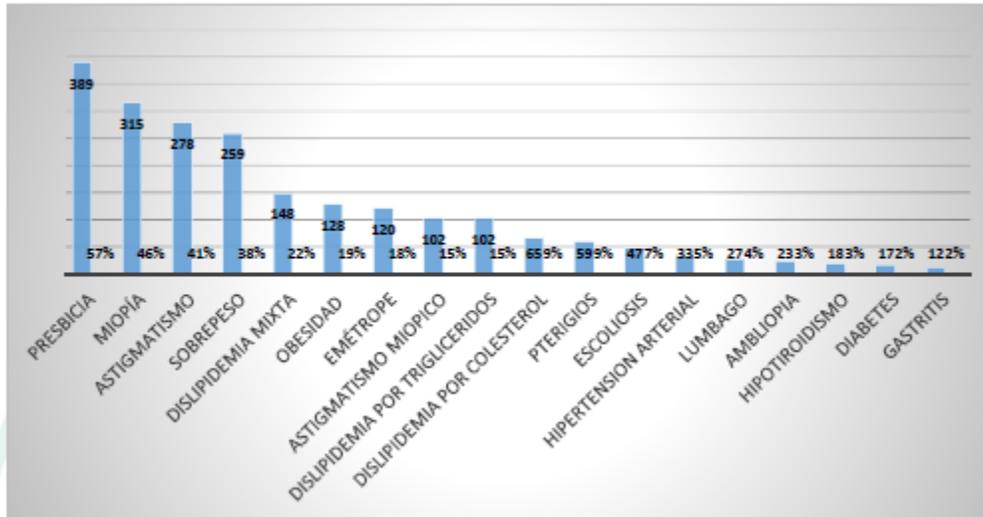
Diagnósticos Clínicos más frecuentes

Tabla No. 15 Distribución por Diagnósticos Clínicos más Frecuentes

| Variable | Distribución | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------------------------|--------------|------------|------------|
| Presbicia | | 389 | 57% |
| Miopia | | 315 | 46% |
| Astigmatismo | | 278 | 41% |
| Sobrepeso | | 259 | 38% |
| Dislipidemia Mixta | | 148 | 22% |
| Obesidad | | 128 | 19% |
| Emétrope | | 120 | 18% |
| Astigmatismo mioptico | | 102 | 15% |
| Dislipidemia por Triglicéridos | | 102 | 15% |
| Dislipidemia por Colesterol | | 65 | 9% |
| Pterigios | | 59 | 9% |
| Escoliosis | | 47 | 7% |
| Hipertensión Arterial | | 33 | 5% |
| Lumbago | | 27 | 4% |
| Ambliopía | | 23 | 3% |
| Hipotiroidismo | | 18 | 3% |
| Diabetes | | 17 | 2% |
| Gastritis | | 12 | 2% |
| Varices en Piernas | | 11 | 2% |
| Síndrome de Túnel del Carpo | | 7 | 1% |
| Artritis reumatoide | | 7 | 1% |
| Asma | | 6 | 1% |
| Condromalacia de Rodilla | | 6 | 1% |
| Bajo Peso | | 5 | 1% |
| Discopatía lumbar | | 5 | 1% |
| Hernia Umbilical | | 5 | 1% |
| Hiperplasia prostática | | 5 | 1% |

| Variable | Distribución | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------|--------------|------------|------------|
| Migraña | | 4 | 1% |
| Trastorno de ansiedad | | 4 | 1% |
| Conjuntivitis | | 3 | 0% |
| Queratocono | | 3 | 0% |
| Vértigo | | 3 | 0% |
| Dermatitis | | 3 | 0% |
| Ovario Poliquístico | | 3 | 0% |
| Catarata | | 3 | 0% |
| Epicondilitis | | 2 | 0% |
| Epilepsia | | 2 | 0% |
| Hipoacusia | | 2 | 0% |
| Agenesia renal | | 2 | 0% |
| Artrosis | | 2 | 0% |
| Gota | | 2 | 0% |
| Hernia Inguinal | | 2 | 0% |
| Ojo único | | 1 | 0% |
| VIH | | 1 | 0% |
| Hipoglicemia | | 1 | 0% |
| Discromatopsia | | 1 | 0% |
| Tendinitis de Biceps | | 1 | 0% |
| COVID 19 | | 1 | 0% |

| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |



- El 57% de la población presenta Presbicia
- El 46% de la población presenta Miopía
- El 41% de la población presenta Astigmatismo
- El 38% de la población presenta Sobrepeso
- El 22% de la población presenta Dislipidemia Mixta
- El 19% de la población presenta Obesidad
- El 18% de la población presenta Emétrope
- El 15% de la población presenta Astigmatismo míopico
- El 15% de la población presenta Dislipidemia por Triglicéridos
- El 9% de la población presenta Dislipidemia por Colesterol
- El 9% de la población presenta Pterigios
- El 7% de la población presenta Escoliosis
- El 5% de la población presenta Hipertensión Arterial
- El 4% de la población presenta Lumbago
- El 3% de la población presenta Ambliopía
- El 3% de la población presenta Hipotiroidismo
- El 2% de la población presenta Diabetes
- El 2% de la población presenta Gastritis
- El 2% de la población presenta Varices en Piernas
- El 1% de la población presenta Síndrome de Túnel del Carpo
- El 1% de la población presenta Artritis reumatoide
- El 1% de la población presenta Asma
- El 1% de la población presenta Condromalacia de Rodilla
- El 1% de la población presenta Bajo Peso
- El 1% de la población presenta Discopatía lumbar
- El 1% de la población presenta Hernia Umbilical

| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

El 1% de la población presenta Hiperplasia prostática.

Diagnóstico de salud y resultados

- Los resultados de la evaluación se presentan a continuación en tablas que resumen las distintas variables de los perfiles de la población trabajadora. La cobertura lograda en el grupo fue de **685** trabajadores, a nivel nacional.
- El 46% de la población se encuentra localizada en la ciudad de Bogotá.
- El 63% de la población corresponde al género FEMENINO y el 37% al género MASCULINO.
- El 43% de la población se encuentra ubicada en los rangos de edad entre los 31 a 40 años, seguido por el 34% de la población se encuentra ubicada en el rango de 41 a 50 años, el 16% se encuentra ubicado en los rangos de edad entre 51 a 60 años, el 4% de la población con el mismo porcentaje se encuentra en los rangos de 18 a 30 años y mayores de 60 años.
- El 44% de la población presenta estado civil casado, seguido por el 36% que refieren estado civil soltero, el 15% de la población presenta estado civil en Unión Libre, el 4% de la población es separada y el 1% viuda.
- El 75% de la población presenta nivel de estudios de especialización o maestría, seguido por el 21% quienes refieren estudios Universitarios, seguido por el 3% de la población que presenta estudios Técnicos, y el 2% presenta estudios tecnológicos.
- El 98% de la población, refiere ser NO fumadora, durante el último año, lo cual representa a una población sana en referencia al hábito del tabaquismo.
- El 90% de la población refiere NO consumir bebidas Alcohólicas, el 10% de la población refieren consumo ocasional, NO poseen el hábito de consumir bebidas alcohólicas de forma frecuente o en cantidades en las cuales afecten su salud.
- El 95% de la población corresponde la realización de actividades con perfil mixto, es decir desempeñan labores administrativas y operativas, seguido por el 5% con cargos que desempeñan labores operativas.
- El 1% de la población trabajadora refiere NO haber presentado Accidente de Trabajo en lo laborado en la compañía, lo cual nos indica de las buenas prácticas laborales y seguimiento de procedimientos de Seguridad Industrial.
- Estas estadísticas corresponden a lo informado por los pacientes en el momento de la consulta, por lo cual sin soportes NO son válidas para la realización de análisis de tendencias o indicadores, esta información deberá tomarse de las certificaciones emitidas por la ARL.
- El 99% de la población trabajadora refiere NO cursar con enfermedad Laboral.

| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

- Lo cual nos indica que es muy importante continuar con el seguimiento y la implementación del Sistema de Vigilancia epidemiológica, específicamente el de prevención de lesiones osteo musculares.
- Estas estadísticas corresponden a lo informado por los pacientes en el momento de la consulta, por lo cual sin soportes NO son válidas para la realización de análisis de tendencias o indicadores, esta información deberá tomarse de las certificaciones emitidas por la ARL.
- El 43% de la población presenta peso normal, seguido por el 38% quienes presentan sobrepeso, el 19% de la población presenta obesidad, y el 1% de la población presenta Bajo peso.
- Si sumáramos los pacientes con sobrepeso y Obesidad, tendríamos un 57% de la población con un factor de Riesgo Cardiovascular Aumentado.
- El 29% de la población, NO realiza y NO práctica de forma regular.
- 17 glicemias son anormales
- 65 colesterol Total son anormales
- 102 triglicéridos son anormales
- El 57% de la población presenta Presbicia
- El 46% de la población presenta Miopía
- El 41% de la población presenta Astigmatismo
- El 38% de la población presenta Sobrepeso
- El 22% de la población presenta Dislipidemia Mixta
- El 19% de la población presenta Obesidad
- El 18% de la población presenta Emétrope
- El 15% de la población presenta Astigmatismo míopico
- El 15% de la población presenta Dislipidemia por Triglicéridos
- El 9% de la población presenta Dislipidemia por Colesterol
- El 9% de la población presenta Pterigios
- El 7% de la población presenta Escoliosis
- El 5% de la población presenta Hipertensión Arterial
- El 4% de la población presenta Lumbago
- El 3% de la población presenta Ambliopía
- El 3% de la población presenta Hipotiroidismo
- El 2% de la población presenta Diabetes
- El 2% de la población presenta Gastritis
- El 2% de la población presenta Varices en Piernas
- El 1% de la población presenta Síndrome de Túnel del Carpo
- El 1% de la población presenta Artritis reumatoide
- El 1% de la población presenta Asma
- El 1% de la población presenta Condromalacia de Rodilla
- El 1% de la población presenta Bajo Peso
- El 1% de la población presenta Discopatía lumbar
- El 1% de la población presenta Hernia Umbilical

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|---|--|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

- El 1% de la población presenta Hiperplasia prostática

- **Programa de vigilancia epidemiológica DME**

Dentro de las actividades propuestas para la prevención de las enfermedades laborales, el SGSST con el apoyo y asesoría de Positiva ARL, ha desarrollado una estrategia metodológica de control de condiciones de salud subyacentes a las condiciones de trabajo. Es así como se ha diseñado el PVE DME a partir de la ejecución de 5 fases, incluyendo las actividades en modalidad de trabajo en casa:



✓ **Metodología de intervención**

A continuación, se describen las actividades a realizar según el plan de trabajo definido para el programa de vigilancia epidemiológica en prevención de desórdenes musculo esquelética, actividades ejecutadas con el apoyo del proveedor Aplicando y Positiva ARL. Teniendo en cuenta la nueva normalidad que se implementa en el año 2020 y primer semestre de 2021 dada a la pandemia del COVID-19, las actividades programadas, se realizan bajo la asistencia de

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|---|--|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

plataformas virtuales, como lo son Teams, MEET y Google formulario, para ejecución de actividades de SINDME, seguimientos a condición de salud musculoesquelética y actividades de promoción y prevención. En la tabla siguiente, se delimitan brevemente los ejes temáticos implementados en cada fase:

| 2020 | 2021 |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ Aplicación de encuesta de morbilidad sentida SINDME ✓ Recomendaciones técnicas y sugerencias para mejorar el confort ergonómico a las estaciones de trabajo en casa. ✓ Seguimiento a condición de salud a funcionarios quienes continuaron presentando sintomatología. ✓ Recomendaciones terapéuticas en casa. ✓ Educación en autogestión de la prevención de los DME y recomendaciones a los funcionarios en el puesto de trabajo. | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Elaboración y envío de documento con estructura de plan de trabajo para la implementación del PVE- DME teniendo en cuenta la modalidad de trabajo en casa ✓ Elaboración cronogramas y citaciones. ✓ Inicio fase de intervención virtual grupo riesgo por DME alto y medio. ✓ Aplicación de encuesta en condición de salud musculo esquelética (SIN-DME) ✓ Actividades de promoción y prevención (Jornada de Sensibilización frente al sedentarismo y alteraciones musculares por posturas estáticas - Jornada de Prevención de fatiga visual y ejercicios de reposo.) ✓ Educación en autogestión de la prevención de los DME y recomendaciones a los trabajadores en el puesto de trabajo (Seguimiento a condición de salud y puesto de trabajo). |

✓ **Resultados de intervención**

Los resultados descritos a continuación hacen referencia a la cobertura, cumplimientos y hallazgos de la intervención realizada en la empresa Unidad de Víctimas.

• **Cobertura:**

Se observa que 657 personas fueron incluidas en el PVE_DME en el año 2020, con actividades SINDME, Seguimientos a condición de salud musculoesquelética y actividades de talleres de pausas activas en las territoriales en las cuales se pudieron intervenir.

| Sindme | No. de sedes intervenidas | No. de funcionarios a intervenir | No. de funcionarios intervenidos | % de cobertura |
|--------|---------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------|
| | 12 | 772 | 657 | 85% |

| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

| SEDES/UNIDAD DE VÍCTIMAS | NO. Total de funcionarios incluidos PVE-DME 2020 |
|---------------------------------|---|
| Antioquia | 54 |
| Apartadó | 24 |
| Arauca | 8 |
| Atlántico | 25 |
| Barrancabermeja | 22 |
| Bolívar | 22 |
| Boyacá | 8 |
| Caldas | 9 |
| Caquetá | 17 |
| Casanare | 13 |
| Cauca | 48 |
| Cesar | 23 |
| Córdoba | 25 |
| Cúcuta | 9 |
| Cundinamarca | 66 |
| Guanía | 4 |
| Guajira | 9 |
| Guaviare | 5 |
| Huila | 10 |
| Magdalena | 29 |
| Meta | 25 |
| Nariño | 30 |
| Putumayo | 22 |
| Quibdó | 17 |
| Quindío | 11 |
| Risaralda | 13 |
| Santander | 29 |
| Sucre | 19 |
| Tolima | 15 |
| Vaupés | 3 |
| Valle del Cauca | 41 |
| Vichada | 2 |

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|--|-------------|-------------------|-------------------|
| PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 202 de 295 |

Para el inicio del programa se incluyeron 21 sedes a nivel nacional y para este año fueron incluidas 11 sedes, para un total de 32 sedes intervenidas a nivel nacional.

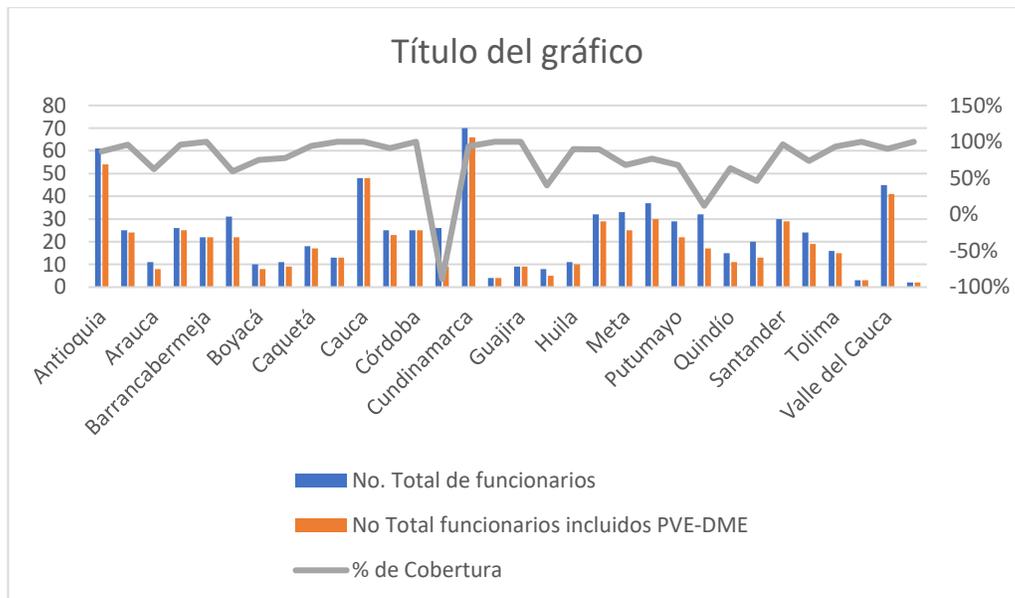
| Unidad de Víctimas / Sedes | |
|----------------------------|------------|
| Programadas | Ejecutadas |
| 32 | 32 |

- Aplicación de la encuesta de condiciones de salud**

Para la evaluación de las condiciones de salud musculo esquelética se empleó un cuestionario, el cual permite realizar un tamizaje para identificar la sintomatología asociada con DME, encontrándose la información personal, hábitos, trabajo, estado de salud actual.

| Sindme | No. de sedes intervenidas | No. de funcionarios a intervenir | No. de funcionarios intervenidos | % de cobertura |
|--------|---------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------|
| | 32 | 772 | 657 | 85% |

En el desarrollo de las actividades del PVE DME, se incluyeron un total de 657 colaboradores, distribuidos así:



- Seguimientos a condición de salud musculoesquelética**

| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

Esta actividad tiene como finalidad identificar la situación actual de aquellos funcionarios que reportaron sintomatología musculo esquelética y se encuentran en riesgo alto, con el fin de generar recomendaciones sobre el control del riesgo, sugerencias terapéuticas y reportar al área de SST. A continuación, se mencionan los seguimientos realizados a nivel nacional.

| Seguimiento condición de salud | No. De funcionarios programados | No. de funcionarios intervenidos | % de ejecución |
|--------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|----------------|
| | 185 | 158 | 85% |

La actividad se realizó en 33 ciudades, con la siguiente distribución:

| SEDES | No. Total de funcionarios programados | No. Total funcionarios valorados |
|-----------------|---------------------------------------|----------------------------------|
| Antioquia | 14 | 11 |
| Apartadó | 13 | 11 |
| Arauca | 3 | 1 |
| Barrancabermeja | 6 | 6 |
| Bolívar | 6 | 5 |
| Caldas | 3 | 3 |
| Caquetá | 5 | 5 |
| Casanare | 3 | 1 |
| Cauca | 15 | 10 |
| Cesar | 10 | 7 |
| Córdoba | 3 | 1 |
| Cúcuta | 10 | 7 |
| Cundinamarca | 10 | 6 |
| Guanía | 1 | 1 |
| Guajira | 2 | 2 |
| Huila | 2 | 2 |
| Magdalena | 2 | 2 |
| Meta | 4 | 4 |
| Nariño | 5 | 5 |
| Putumayo | 6 | 6 |
| Quibdó | 2 | 2 |
| Quindío | 6 | 6 |
| Risaralda | 2 | 2 |

| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

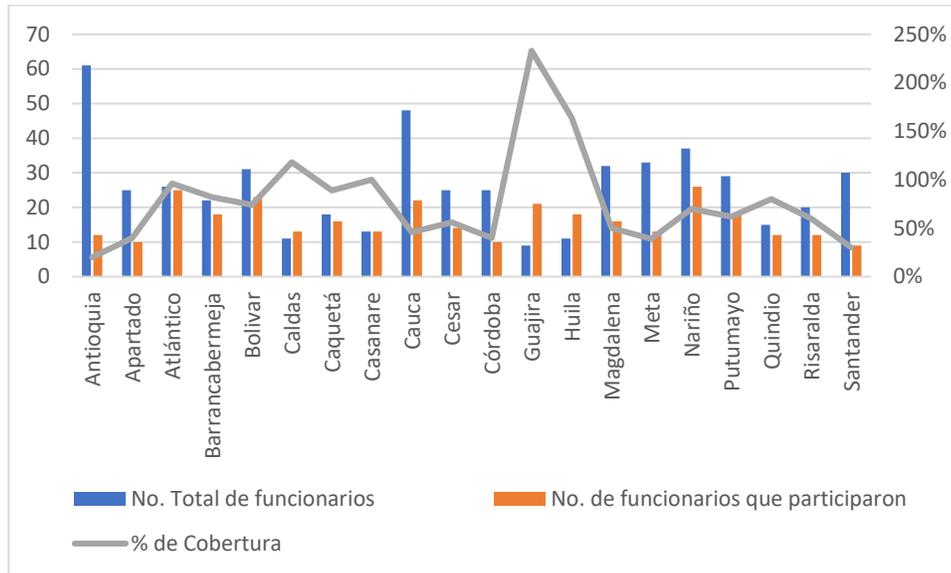
| | | |
|-----------------|------------|------------|
| Santander | 12 | 12 |
| Sucre | 3 | 3 |
| Tolima | 1 | 1 |
| Valle del Cauca | 35 | 35 |
| Vichada | 1 | 1 |
| TOTAL | 185 | 158 |

- A las 4 sedes restantes donde no se realizaron los Seguimiento a condición de salud musculoesquelética se intervinieron de forma preventiva con actividades de PYP e información con infográficas, debido a que no se logra comunicación con los trabajadores o programar la actividad por agendas de los trabajadores.
- En las sedes donde no se cumplió con el 100% los seguimientos, es consecuente a que no se logra tener comunicación con los trabajadores, celulares apagados, o reprogramación de actividad sin efectividad.
- El total, de cobertura de seguimientos a condición de salud musculoesquelética es de un 85%.

| Jornadas de actividades terapéuticas | No. De sesiones programadas | No. De sesiones realizadas | % de ejecución |
|---|------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|
| | 55 | 45 | 81% |

Se realizó el 81% de la ejecución de la IV fase del total de las sedes intervenidas, de acuerdo con el plan de trabajo. Este porcentaje de cobertura es dado a que se programaban las actividades, y no nos daban el acceso a la plataforma Teams, o no se conectaba ningún funcionario a las actividades o por reuniones que no se tenían planeadas.

| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |



Se obtuvo una cobertura de participación en las actividades de prevención de los desórdenes musculo esqueléticos del 61% (n=321) del total de los funcionarios de las 20 territoriales intervenidas, no se intervienen las otras territoriales (12) debido a que no se logra obtener comunicación vía telefónicas con los contactos de las territoriales.

- **Nivel de criticidad de sintomatología músculo esquelética 2020**

A continuación, se presenta el comportamiento de la sintomatología reportada por los funcionarios a nivel nacional, durante el 2020.

| Nivel de criticidad nivel Nacional | | | | |
|------------------------------------|-------|------|--------------|-------|
| Alto | Medio | Bajo | Asintomatico | Total |
| 82 | 194 | 104 | 277 | 657 |
| 12% | 30% | 16% | 42% | 100% |

Gráfico 2. Nivel de criticidad de la sintomatología musculo esquelética 2020

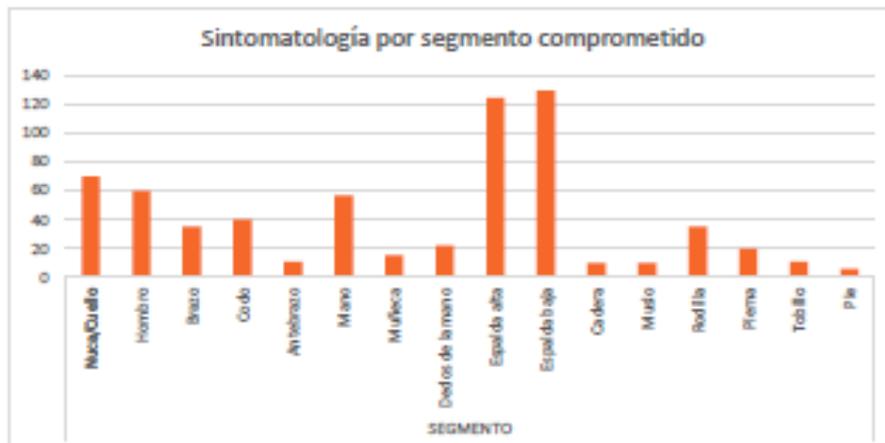


| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|---|--|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

Se observan que el nivel de criticidad a nivel nacional de las 32 territoriales que prevalece con un 42% (Nº:277) el personal asintomático, seguido de 30% (Nº:194) sintomatología media, se continua con 16% (Nº:104) con reporte de sintomatología baja y se finaliza con sintomatología alta con un 12% (Nº:82). Esto es de gran importancia debido que es un porcentaje alto el personal que refiere no presentar sintomatología musculoesquelética. Es importante seguir en un constante seguimientos de los trabajadores y tener control de los niveles de criticidad, e ir paulatinamente disminuyendo el porcentaje de los trabajadores que reportan sintomatología. Las sedes con mayor número de funcionarios que se encuentran en riesgo alto son: Cundinamarca y es de gran impacto intervenir debido a que es una sede nueva para nosotros. Seguido de valle del cauca, Nariño y Apartadó.

| | Categoría | Número | Porcentaje |
|---------------------------|---------------------|--------|------------|
| PRESENTADA SINTOMATOLOGÍA | Si | 379 | 58% |
| | No | 278 | 42% |
| PRESENTADA ENFERMEDAD | Si | 216 | 33% |
| | No | 441 | 67% |
| PRESENTADA ENFERMEDAD | Músculo esquelético | 38 | 18% |
| | General | 178 | 82% |

Del total de los funcionarios encuestados, el 67% (n=216) refiere padecer algún tipo de enfermedad, el otro 33% (n=441) no reporta ninguna enfermedad. Del total de los funcionarios encuestados que reportan enfermedad, el 83% (n=179) corresponden a diagnósticos de origen general y el 17% (n=37) corresponden a origen musculo esquelético, por diagnósticos más comunes como: Síndrome de Túnel Carpiano, Hernias discales, seguido de Síndrome de Manguito Rotador seguido de Discopatías Vertebrales.



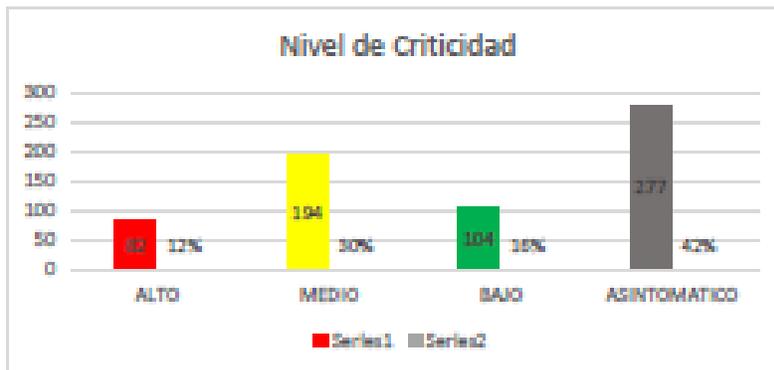
| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|---|--|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

Los segmentos donde se presenta mayor sintomatología entre los funcionarios encuestados son: espalda baja seguido de espalda alta y baja, nuca/cuello, mano y hombro, las cuales se pueden asociar a inadecuada higiene postural, sillas con espaldar averiado que no brindan un adecuado soporte en la columna. Se señala que en muchos casos la presencia de sintomatología a nivel de la columna se asocia la presencia de condiciones psicosociales y estrés.

De los 657 trabajadores a los cuales se aplicó la encuesta de condición salud el 58% (n=379) funcionarios reportan sintomatología, de acuerdo con estos resultados obtenidos en cada una de las sedes, se determina que el 12% (n=82) presentan un riesgo alto, requiriendo educación específica en el puesto de trabajo, recomendaciones terapéuticas individualizadas, evaluación musculoesquelética y seguimiento de Seguridad y Salud en el Trabajo.

El 30% (n=194) presentan un riesgo medio requiriendo educación grupal en prevención de desórdenes musculo esqueléticos, educación en el puesto de trabajo y recomendaciones para manejo de la sintomatología reportada.

El 16% (n=104) se encuentran en riesgo bajo, requiriendo educación grupal en prevención de desórdenes musculo esquelética, retroalimentación en ergonomía en oficina. Solo el 42% (n=277) de la población reporta ser asintomática.



- **Estrategias implementadas en el PVE DME**
- **Actividades terapéuticas para columna, miembro superior como miembro inferior:** Se llevaron a cabo las actividades terapéuticas grupales a través de plataforma teams, enfocadas en la prevención de la sintomatología a nivel de miembro superior e inferior y columna, estas actividades se fundamentaron bajo tres ejes; el primero se enfocó en la realización de ejercicio terapéutico controlado, el segundo en la educación de los trabajadores en la promoción y control de la sintomatología tanto en la ejecución de la

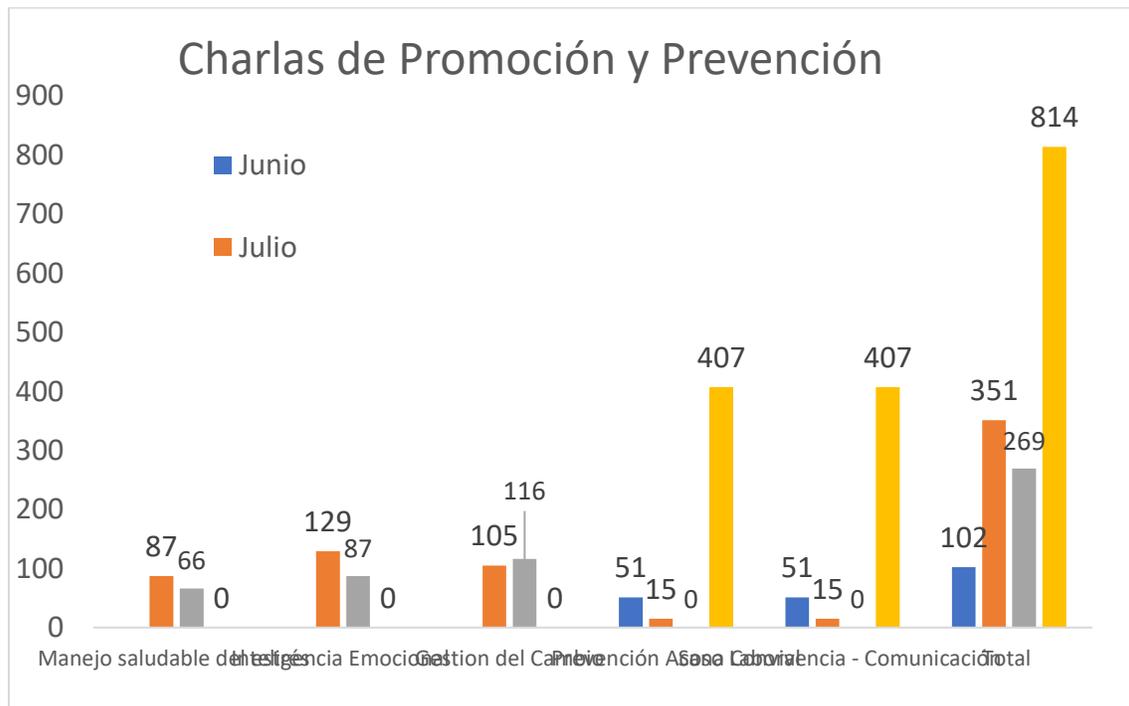
| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|---|-------------|-------------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | | | |
| PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 208 de 295 |

actividad laboral y en casa, y el tercer eje se enfocó en la autogestión para el desarrollo de hábitos de vida saludable.

- Jornadas de educación en la autogestión de la salud musculoesquelética y mental:** Se desarrolló las jornadas grupales por la plataforma Teams, encaminadas a educar y promover la salud músculo esquelética y mental a través de actividades como: rumbo terapias, mindfulness, yoga, yoga facial, taichi, automasaje y gimnasia mental.
- Programa de Vigilancia Epidemiológica Psicosocial**

Siendo parte del Programa de Vigilancia Epidemiológica de Riesgo Psicosocial y el Programa de Desórdenes Músculo Esqueléticos DME - 2020. El espacio se formula como una actividad de promoción y prevención, al psico educar en el manejo saludable del estrés y abrir el espacio para educar en el manejo de sintomatología DME.

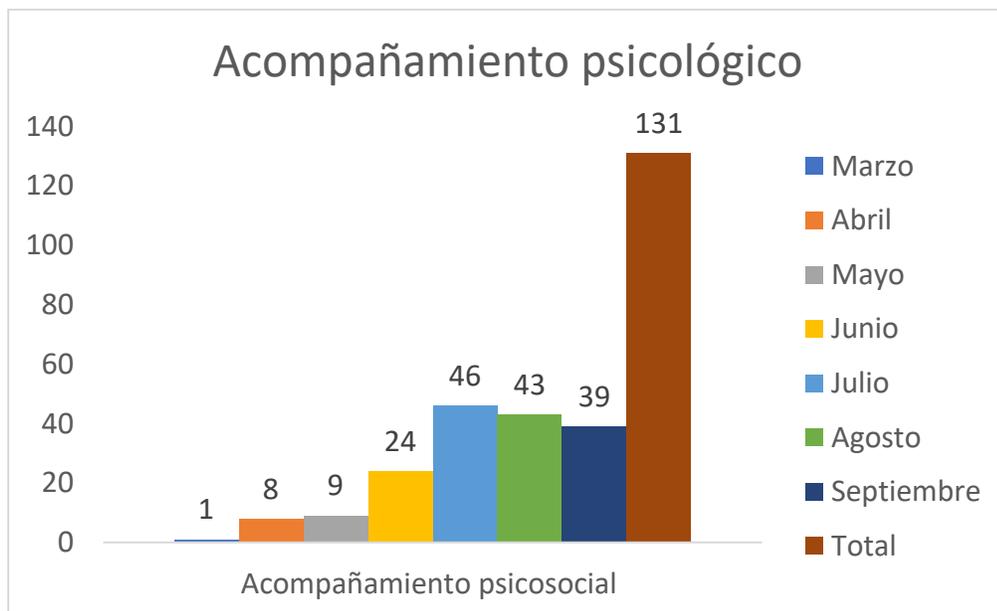
La actividad apunta a la promoción de estrategias de manejo a modo individual, es decir, en lo que el colaborador tiene control.



| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|---|--|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

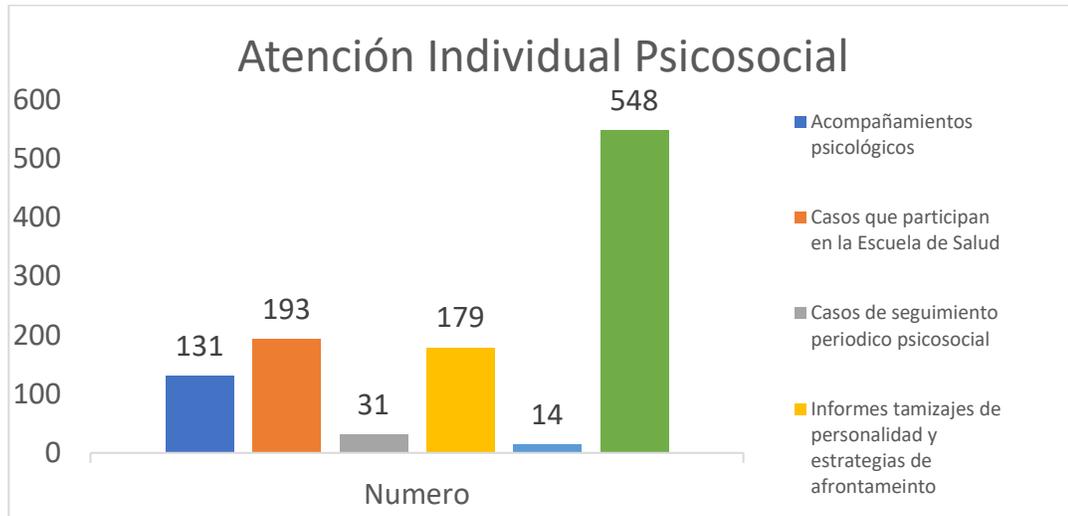
Se han manejado 5 temas claves, que condensa un total de 22 charlas, con una asistencia en promedio de 406 participantes en 4 meses, logrando un máximo de 814 para septiembre. Se finaliza con un 70% de la cobertura esperada.

Se realizan, además, acompañamientos psicológicos en actividades de atención frente a estrategias de afrontamiento relacionadas con estrés por la pandemia, logrando a la intervención de 131 casos:



Así mismo se realizaron acompañamientos individuales a través de atención personalizadas, manejando y controlando episodios psicosociales y eventos de salud mental, a un total de 548 casos:

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|--|-------------|-------------------|-------------------|
| PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 210 de 295 |



En algunos de estos, y de acuerdo con la gravedad, se han remitido para su manejo por EPS con el personal médico especializado:

| Actividad | Número |
|---|--------|
| Personas que reportan sintomatología asociada a estos y participan en la Escuela de Salud | 193 |
| Casos de seguimiento periódico psicosocial con manejo EPS | 14 |
| Personas que participaron en la sensibilización de estrategias de afrontamiento | 293 |
| Casos de acompañamiento - Duelo | 22 |
| Casos con Informe al área | 14 |

Finalmente, se llevan a cabo actividades de intervención conjuntas con el PVE DME, teniendo en cuenta, que la sintomatología osteomuscular se encuentra íntimamente ligada con procesos psicosociales como el estrés (periodo 2020):

- **Jornadas de actividades de prevención de los DME y promoción de la salud musculoesquelética**

Estas estrategias, tiene como objetivo general disminuir la presión en diferentes estructuras neuromusculares causadas por movimientos repetitivos, posturas prolongadas y estrés, empoderando al individuo por medio de diferentes actividades de educación en el autocuidado de su salud musculoesquelética. A continuación, se describen las actividades realizadas:

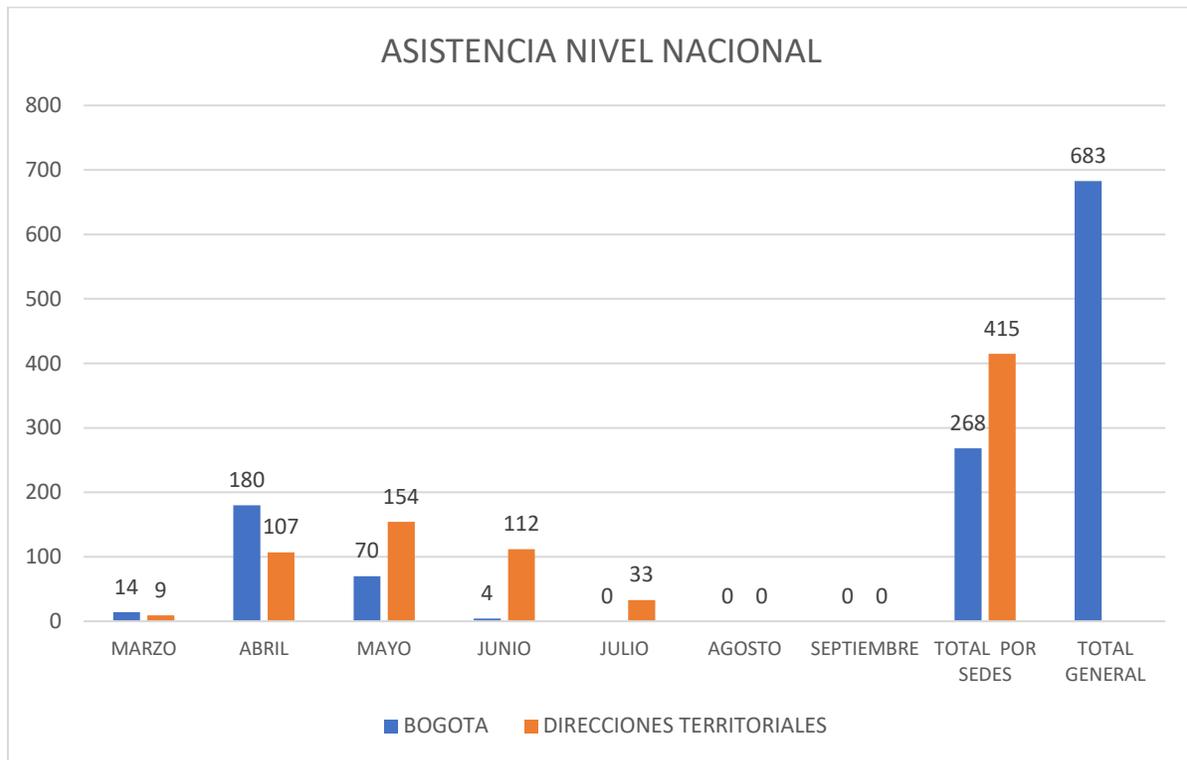
| | | | | |
|---|---|-------------|-------------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 211 de 295 |

| STATUS MENSUAL | TOTAL | SESIÓN PRESENCIAL | PRIMERA SESIÓN | SEGUNDA SESIÓN | TERCERA SESIÓN | CUARTA SESIÓN | QUINTA SESIÓN | SEXTA SESIÓN | SEPTIMA SESIÓN |
|---------------------------|-------------|-------------------|----------------|----------------|----------------|---------------|---------------|--------------|----------------|
| MARZO | 42 | 42 | | | | | | | |
| JUNIO | 131 | | 131 | | | | | | |
| JULIO | 54 | | 14 | 40 | | | | | |
| AGOSTO | 116 | | 24 | 30 | 62 | | | | |
| SEPTIEMBRE | 275 | | 62 | 57 | 73 | 83 | | | |
| OCTUBRE | 312 | | 29 | 62 | 49 | 66 | 106 | | |
| NOVIEMBRE | 189 | | 6 | 10 | 15 | 26 | 38 | 94 | |
| DICIEMBRE | 0 | | | | | | | | |
| TOTAL, ASISTENCIAS | 1119 | 42 | 266 | 199 | 199 | 175 | 144 | 94 | 0 |

| STATUS MENSUAL (Psicosocial) | TOTAL | SESIÓN PRESENCIAL | PRIMERA SESIÓN | SEGUNDA SESIÓN | TERCER A SESIÓN | CUARTA SESIÓN | QUINTA SESIÓN | SEXTA SESIÓN | SEPTIM A SESIÓN |
|------------------------------|------------|-------------------|----------------|----------------|-----------------|---------------|---------------|--------------|-----------------|
| MARZO | 28 | 28 | | | | | | | |
| JUNIO | 92 | | 92 | | | | | | |
| JULIO | 34 | | 8 | 26 | | | | | |
| AGOSTO | 79 | | 16 | 20 | 43 | | | | |
| SEPTIEMBRE | 194 | | 44 | 38 | 50 | 62 | | | |
| OCTUBRE | 211 | | 17 | 40 | 34 | 44 | 76 | | |
| NOVIEMBRE | 126 | | 4 | 7 | 10 | 15 | 24 | 66 | |
| DICIEMBRE | 0 | | | | | | | | |
| TOTAL, ASISTENCIAS | 764 | 28 | 181 | 131 | 137 | 121 | 100 | 66 | 0 |

De estas actividades, la insignia ha sido el taller Apapachoa, que tiene como objetivo promover estrategias de autocontrol y apoyo emocional frente a las demandas afectivas y psicosociales producto del confinamiento y la pandemia por COVID - 19. Con este taller se obtuvieron los siguientes resultados:

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|--|-------------|-------------------|-------------------|
| PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 212 de 295 |



5. Programa higiene y seguridad industrial

Para agosto de 2021 y como resultado de la inspección planeada para la DT Cesar, en conjunto con el COPASST, se genera el requerimiento de ejecutar mediciones higiénicas de niveles de iluminación. Esta actividad liderada por el SGSST, conto con el acompañamiento de Positiva ARL, a través de su laboratorio de higiene y toxicología industrial. De acuerdo con el respectivo informe se presentan los siguientes resultados:

- ✓ Con relación a los **niveles de Iluminancia** se tiene que de los (20) puestos evaluados, **(2)** de ellos **no cumplen** con los valores recomendados según el tipo de recinto y la actividad realizada; los cuales reportan valores inferiores al intervalo, indicando que existe **deficiencia** de iluminancia en los puestos evaluados y Los restantes **(18)** puestos reportan niveles **adecuados**; es decir que sus valores promedios se encuentran dentro del intervalo recomendado, según la actividad desarrollada en ellos.
- ✓ Con relación a la **Uniformidad de la iluminación**, se tiene que de los 20 puestos o áreas evaluadas, el **0%** reporta valores inferiores al parámetro

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|--|-------------|-------------------|-------------------|
| PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 213 de 295 |



recomendado (mínimo 0.8). Los restantes **20** puntos o áreas evaluada cumplen con dicho criterio; esto quiere decir que la relación entre la iluminancia de la tarea y su entorno no presenta mayor variación en cuanto a sus niveles de iluminancia.

| N° | AREA O PUESTO DE TRABAJO | TIPO-ILUMINACION | TIPO-LAMPARA | METODO DE ALUMBRADO | SISTEMA DE ILUMINACION | CONTR. OL DE LUZ NATURAL | E MAX MEDIDO (lx) | E MIN MEDIDO (lx) | E PROM MEDIDO (lx) | VALOR DE UNIFORMIDAD | INTERPRETACION DE UNIFORMIDAD | NIVEL DE ILUMINANCIA RECOMENDADO (lx) | INTERPRETACION DEL NIVEL DE ILUMINANCIA | |
|--|----------------------------------|------------------|--------------|---------------------|------------------------|--------------------------|-------------------|-------------------|--------------------|----------------------|-------------------------------|---------------------------------------|---|----------|
| 1 | DIRECTOR | Mixta | LED | Gral. | Dir. | Per. | 759 | 354 | 557 | 0,8 | NU | 300 | 750 | ADECUADO |
| Descrp. del Área: La medición se realiza en el puesto de trabajo, teclado y periferias, condiciones normales. Paredes y Techo de tonos claros. Ventana costado izquierdo. Estado de la iluminación: panel led rectangular Actividad que realiza: Trabajo de Oficinas de tipo general, mecanografía y computación. Recomend. Principal: Mantener condiciones de trabajo. | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | AUXILIAR DE APOYO ADMINISTRATIVO | Art. | LED | Gral. | Dir. | B.O. | 450 | 375 | 413 | 0,9 | U | 300 | 750 | ADECUADO |
| Descrp. del Área: La medición se realiza en el puesto de trabajo, teclado y periferias, condiciones normales. Paredes y Techo de tonos claros. Estado de la iluminación: panel led rectangular Actividad que realiza: Trabajo de Oficinas de tipo general, mecanografía y computación. Recomend. Principal: Mantener condiciones de trabajo. | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | PROFESION AL ESPECIALIZADO | Art. | LED | Gral. | Dir. | Ning. | 599 | 498 | 534 | 0,9 | U | 300 | 750 | ADECUADO |
| Descrp. del Área: La medición se realiza en el puesto de trabajo, teclado y periferias, condiciones normales. Paredes y Techo de tonos claros. Estado de la iluminación: panel led rectangular Actividad que realiza: Trabajo de Oficinas de tipo general, mecanografía y computación. Recomend. Principal: Mantener condiciones de trabajo. | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | ENLACE DE COMUNICACION | Mixta | LED | Gral. | Dir. | Ning. | 543 | 432 | 488 | 0,9 | U | 300 | 750 | ADECUADO |
| Descrp. del Área: La medición se realiza en el puesto de trabajo, teclado y periferias, condiciones normales. Paredes y Techo de tonos claros. Estado de la iluminación: panel led rectangular Actividad que realiza: Trabajo de Oficinas de tipo general, mecanografía y computación. Recomend. Principal: Mantener condiciones de trabajo. | | | | | | | | | | | | | | |

- ✓ Los puestos de trabajo que reportaron los niveles más bajos, de acuerdo con los intervalos recomendados fueron los puestos de Psicóloga y Profesional de reparación colectiva Adriana Bolaños: El sistema de iluminación se encuentra fundido. Por lo tanto, se percibe un ambiente tenue.

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------------------------------------|-------|-----|-------|------|-------|-----|-----|-----|-----|---|-----|-----|----------|
| 5 | PROFESION AL UNIVERSITARIO GRADO 11 | Mixta | LED | Gral. | Dir. | Ning. | 538 | 453 | 496 | 0,9 | U | 300 | 750 | ADECUADO |
| Descrp. del Área: La medición se realiza en el puesto de trabajo, teclado y periferias, condiciones normales. Paredes y Techo de tonos claros. Estado de la iluminación: panel led rectangular Actividad que realiza: Trabajo de Oficinas de tipo general, mecanografía y computación. Recomend. Principal: Mantener condiciones de trabajo. | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | OLGA MARTÍNEZ | Mixta | LED | Gral. | Dir. | Ning. | 408 | 398 | 403 | 1,0 | U | 300 | 750 | ADECUADO |
| Descrp. del Área: La medición se realiza en el puesto de trabajo, teclado y periferias, condiciones normales. Paredes y Techo de tonos claros. Estado de la iluminación: panel led rectangular Actividad que realiza: Trabajo de Oficinas de tipo general, mecanografía y computación. Recomend. Principal: Mantener condiciones de trabajo. | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | PROFESION AL DE PLANEACION | Mixta | LED | Gral. | Dir. | Ning. | 709 | 654 | 682 | 1,0 | U | 300 | 750 | ADECUADO |
| Descrp. del Área: La medición se realiza en el puesto de trabajo, teclado y periferias, condiciones normales. Paredes y Techo de tonos claros. Estado de la iluminación: panel led rectangular Actividad que realiza: Trabajo de Oficinas de tipo general, mecanografía y computación. Recomend. Principal: Mantener condiciones de trabajo. | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | SALA DE JUNTAS | Mixta | LED | Gral. | Dir. | Ning. | 654 | 543 | 599 | 0,9 | U | 300 | 750 | ADECUADO |
| Descrp. del Área: La medición se realiza en el puesto de trabajo, teclado y periferias, condiciones normales. Paredes y Techo de tonos claros. Estado de la iluminación: panel led rectangular Actividad que realiza: Trabajo de Oficinas de tipo general, mecanografía y computación. Recomend. Principal: Mantener condiciones de trabajo. | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | PROFESION AL GRADO 11 | Art. | LED | Gral. | Dir. | Ning. | 687 | 634 | 661 | 1,0 | U | 300 | 750 | ADECUADO |
| Descrp. del Área: La medición se realiza en el puesto de trabajo, teclado y periferias, condiciones normales. Paredes y Techo de tonos claros. Estado de la iluminación: panel led rectangular Actividad que realiza: Trabajo de Oficinas de tipo general, mecanografía y computación. Recomend. Principal: Mantener condiciones de trabajo. | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | PROFESION AL DE RUTAS | Art. | LED | Gral. | Dir. | Ning. | 650 | 543 | 597 | 0,9 | U | 300 | 750 | ADECUADO |
| Descrp. del Área: La medición se realiza en el puesto de trabajo, teclado y periferias, condiciones normales. Paredes y Techo de tonos claros. | | | | | | | | | | | | | | |

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|--|-------------|-------------------|-------------------|
| PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 214 de 295 |



- ✓ Teniendo en cuenta que el criterio de referencia establecido fue la suficiencia de los sistemas de iluminación en los puntos monitoreados, según los niveles recomendados para el tipo de actividad laboral o recinto y de acuerdo a lo recomendado por el RETILAP, el cual toma los valores de referencia establecidos por ISO 8995, (en caso que la actividad o puesto evaluado no se encuentre contemplado en el RETILAP se tomara como referencia la Guía Técnica Colombiana GTC 08), **se concluye** que el **10%** de las mediciones **no cumplen** con los niveles de iluminancia de acuerdo a la actividad o recinto evaluado y el **0%** reporta valores de uniformidad inferiores al parámetro recomendado.

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|------|-----|-------|--------|-------|-----|-----|-----|-----|---|-----|-----|----------|
| 1 | REPARACIÓN COLECTIVA | Estado de la iluminación: panel led rectangular Actividad que realiza: Trabajo de Oficinas de tipo general, mecanografía y computación. Recomend. Principal: Mantener condiciones de trabajo | Art. | LED | Genl. | Indic. | Ning. | 187 | 188 | 176 | 9,9 | U | 300 | 750 | |
| | PSICÓLOGA | Descrip. del Área: La medición se realiza en el puesto de trabajo, teclado y periferias, condiciones normales. Paredes y Techo de tonos claros. Estado de la iluminación: panel led rectangular, Fúndido. Actividad que realiza: Trabajo de Oficinas de tipo general, mecanografía y computación. Recomend. Principal: Mantener condiciones de trabajo | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | PROFESOR AL DE REPARACIÓN COLECTIVA ADELANTA SOLAÑOS | Estado de la iluminación: panel led rectangular Actividad que realiza: Trabajo de Oficinas de tipo general, mecanografía y computación. Recomend. Principal: Mantener condiciones de trabajo | Art. | LED | Genl. | Indic. | Ning. | 250 | 234 | 242 | 1,0 | U | 300 | 750 | |
| | ESALAC BORGIO | Descrip. del Área: La medición se realiza en el puesto de trabajo, teclado y periferias, condiciones normales. Paredes y Techo de tonos claros. Estado de la iluminación: panel led rectangular Actividad que realiza: Trabajo de Oficinas de tipo general, mecanografía y computación. Recomend. Principal: Mantener condiciones de trabajo | | | | | | 430 | 421 | 427 | 1,0 | U | 300 | 750 | ADECUADO |
| 1 | PROFESOR AL PSICÓLOGO AL DE PLANTA | Estado de la iluminación: panel led rectangular Actividad que realiza: Trabajo de Oficinas de tipo general, mecanografía y computación. Recomend. Principal: Mantener condiciones de trabajo | Art. | LED | Genl. | Indic. | Ning. | 470 | 432 | 451 | 1,0 | U | 300 | 750 | ADECUADO |
| | PROFESOR AL REPARACIÓN INDIVIDUAL ANUAL | Descrip. del Área: La medición se realiza en el puesto de trabajo, teclado y periferias, condiciones normales. Paredes y Techo de tonos claros. Estado de la iluminación: panel led rectangular Actividad que realiza: Trabajo de Oficinas de tipo general, mecanografía y computación | | | | | | 379 | 321 | 349 | 9,9 | U | 300 | 750 | ADECUADO |

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|---|--|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

| Objetivo | % de Avance del Indicador | Actividad | % de Avance del indicador | Fq de medición meses | Tipo de indicador |
|---|----------------------------------|--|----------------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| Destinar recursos económicos, materiales y equipo humano para cumplir los objetivos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. | 100% | Solicitar los recursos para las actividades de promoción de la salud y prevención de AL y EL. | 100% | 3 | Estructura |
| | | Realizar el seguimiento del presupuesto asignado Vs el presupuesto ejecutado. | 100% | 3 | Estructura |
| Asegurar el cumplimiento del plan anual de trabajo, así como los requisitos legales y otros aplicables, relacionados al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST. | 97% | Enviar las actualizaciones de los requisitos legales en SST, cada vez que sean solicitadas por la OAJ. | 100% | 4 | Resultado |
| | | Revisar el nomograma trimestralmente para verificar la inclusión de los requisitos legales y de otra índole. | 100% | 4 | Proceso |
| | | Realizar seguimiento mensual del plan de trabajo anual de SST, con el fin de verificar su cumplimiento. | 95% | 11 | Proceso |
| | | Tomar acciones de mejora en el caso que las actividades propuestas en el PTA de SST no se les esté dando cumplimiento. | 95% | 5 | Proceso |
| | | Gestionar los cambios que se | 95% | 9 | Resultado |

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|---|--|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

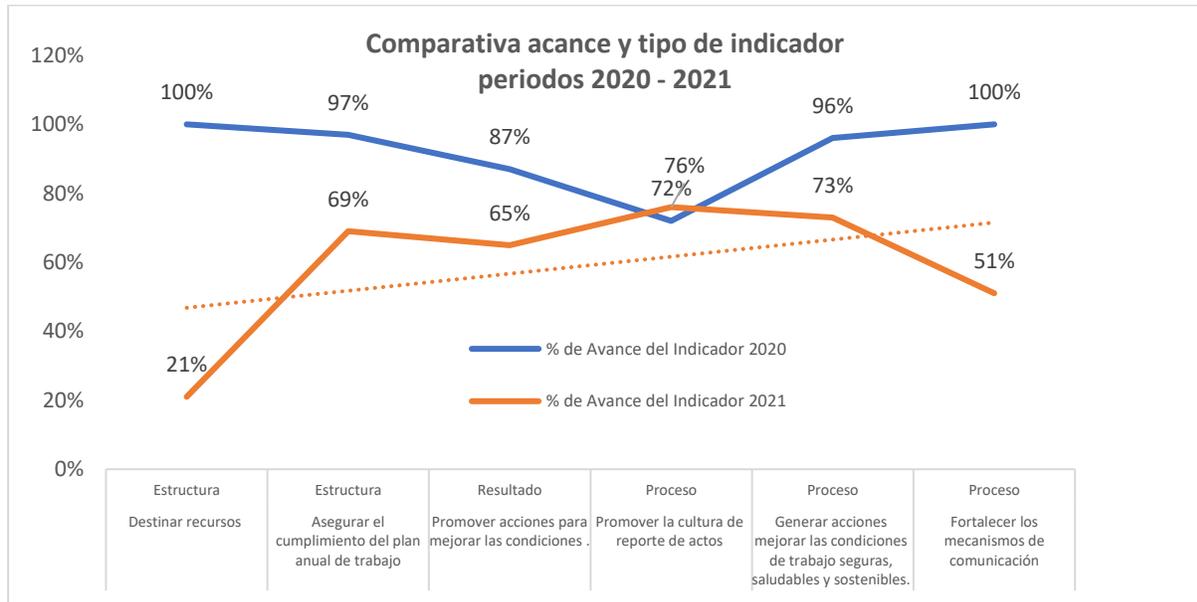
| | | | | | |
|--|-----|--|------|--|------------|
| | | requieran en el PTA de SST. | | | |
| Promover acciones para mejorar las condiciones de salud laboral de nuestros colaboradores. | 87% | Realizar las EMO periódicas y de ingreso. | 85% | 12 | Estructura |
| | | Realizar seguimiento a los Dx de salud de los resultados de las EMO periódicas y de ingreso. | 86% | 12 | Estructura |
| | | Realizar seguimiento a los programas psicosocial, DME y salud pública. | 85% | 12 | Estructura |
| | | Diseñar la campaña de salud para el año 2020. | 87% | 2 | Proceso |
| | | Ejecutar las actividades propuestas en la campaña de salud 2020. | 100% | 2 | Estructura |
| | | Realizar mesas laborales con la ARL para el seguimiento de AL y EL. | 85% | 3 | Proceso |
| | | Promover la cultura de reporte de actos y condiciones inseguras y autocuidado. | 72% | Utilizar los medios de comunicación interna para promocionar la importancia de reportar actos y condiciones inseguras. | 80% |
| Realizar el seguimiento de los reportes PARE, con el fin de gestionar los hallazgos. | 65% | | | 3 | Resultado |
| Generar acciones para mejorar las | 96% | Actualizar las 33 matrices de identificación de | 100% | 12 | Resultado |

| | | | | |
|---|---|-------------|-------------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 218 de 295 |

| | | | | | |
|--|------|---|------|----|-----------|
| condiciones de trabajo seguras, saludables y sostenibles. | | peligros, valoración de riesgos y establecimiento de controles de las sedes de las direcciones territoriales y los 18 procesos de la Unidad. | | | |
| | | Elaborar las 32 matrices de identificación de peligros, valoración de riesgos y establecimiento de controles de los centros regionales. | 100% | 12 | Resultado |
| | | Elaborar las 20 matrices de identificación de peligros, valoración de riesgos y establecimiento de controles de los puntos de atención | 75% | 4 | Resultado |
| Fortalecer los mecanismos de comunicación, consulta y participación. | 100% | Comunicar por los medios internos: SUMA, correos, entrevistas, etc., las actividades de SST, para la consulta y participación de los trabajadores | 100% | 11 | Proceso |

A continuación, se presenta, en resumen, la data comparativa de avance en el cumplimiento de objetivos e indicadores:

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|---|--|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |



| Objetivo | Tipo de indicador | % de Avance del Indicador 2020 | % de Avance del Indicador 2021 |
|--|-------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Destinar recursos | Estructura | 100% | 21% |
| Asegurar el cumplimiento del plan anual de trabajo | Estructura | 97% | 69% |
| Promover acciones para mejorar las condiciones. | Resultado | 87% | 65% |
| Promover la cultura de reporte de actos | Proceso | 72% | 76% |
| Generar acciones mejorar las condiciones de trabajo seguras, saludables y sostenibles. | Proceso | 96% | 73% |
| Fortalecer los mecanismos de comunicación | Proceso | 100% | 51% |

En la gráfica, se evidencia un mayor alcance en el avance de los objetivos para el año 2020 (92%), en comparación con lo corrido del año 2021 (59%), lo cual puede estar relacionado con lo reportado según las frecuencias de medición de avance de cada actividad (entre 3 a 12 meses). Sin embargo, se encuentra un avance sustancial en los objetivos de promoción de la cultura de reporte (72%), generación de acciones de trabajo seguro (73%) y aseguramiento del cumplimiento del plan de trabajo

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|---|--|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

(69%). Es importante continuar con el desarrollo de acciones, tendientes a alcanzar y mejorar el desempeño de los objetivos de destinación de recursos y fortalecimiento de mecanismo de comunicación. Además, es importante tener en cuenta, que, falta el último trimestre del año, para completar el registro de datos.

Con respecto al 2021, se han alcanzado los siguientes avances:

| Objetivo | % de Avance del Indicador | Actividad | % de Avance del indicador | Fq de medición meses | Tipo de indicador |
|---|---------------------------|--|---------------------------|----------------------|-------------------|
| Destinar recursos económicos, materiales y equipo humano para cumplir los objetivos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. | 21% | Solicitar los recursos para las actividades de promoción de la salud y prevención de AL y EL. | 10.5% | 6 | Estructura |
| | | Realizar el seguimiento del presupuesto asignado Vs el presupuesto ejecutado. | 10.5 % | 6 | Estructura |
| Asegurar el cumplimiento del plan anual de trabajo, así como los requisitos legales y otros aplicables, relacionados al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST. | 69% | Enviar las actualizaciones de los requisitos legales en SST, cada vez que sean solicitado por la OAJ. | 34.5% | 4 | Resultado |
| | | Revisar el nomograma trimestralmente para verificar la inclusión de los requisitos legales y de otra índole. | 34.5% | 4 | Proceso |
| | | Realizar seguimiento mensual del plan de trabajo anual de SST, con el fin de verificar su cumplimiento. | 75% | 11 | Proceso |

| | | | | |
|---|---|-------------|-------------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 221 de 295 |

| | | | | | |
|--|-----|--|-----|----|------------|
| | | Tomar acciones de mejora en el caso que las actividades propuestas en el PTA de SST no se les esté dando cumplimiento | 78% | 9 | Proceso |
| | | Gestionar los cambios que se requieran en el PTA de SST | 59% | 9 | Resultado |
| Promover acciones para mejorar las condiciones de salud laboral de nuestros colaboradores. | 65% | Realizar las EMO de ingreso y egreso requeridas. | 54% | 12 | Estructura |
| | | Realizar seguimiento a los Dx de salud | 76% | 12 | Estructura |
| | | Realizar seguimiento a los programas psicosocial, DME y salud pública. | 76% | 12 | Estructura |
| | | Diseñar la campaña de salud para el año 2021. | 76% | 12 | Proceso |
| | | Ejecutar las actividades propuestas en la campaña de salud 2021 | 76% | 12 | Estructura |
| | | Realizar mesas laborales con la ARL para el seguimiento de AL y EL. | 52% | 3 | Proceso |
| | | | | | |
| Promover la cultura de reporte de actos y condiciones inseguras y autocuidado. | 76% | Utilizar los medios de comunicación interna para promocionar la importancia de reportar actos y condiciones inseguras. | 76% | 4 | Resultado |
| | | Realizar el seguimiento de los reportes | 76% | 4 | Resultado |

| | | | | |
|---|---|-------------|-------------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 222 de 295 |

| | | | | | |
|---|-----|--|-----|----|-----------|
| | | PARE, con el fin de gestionar los hallazgos | | | |
| Generar acciones para mejorar las condiciones de trabajo seguras, saludables y sostenibles. | 73% | Actualizar con las DT s y procesos de la Unidad las matrices de identificación de peligros, valoración de riesgos y establecimiento de controles de las sedes de las direcciones territoriales y los 18 procesos de la Unidad. | 71% | 9 | Resultado |
| | | Socializar las matrices de identificación de peligros en las DTs y procesos | 75% | 8 | Resultado |
| Fortalecer los mecanismos de comunicación, consulta y participación. | 51% | Comunicar por los medios internos: SUMA, correos, entrevistas, etc., las actividades de SST, para la consulta y participación de los trabajadores | 51% | 12 | Resultado |

2. Resultados actividades: ejecutadas/programadas en PTA (plan de trabajo)

A continuación, se presentan los resultados comparativos, para analizar el avance y cumplimiento de la gestión del PTA de SST.

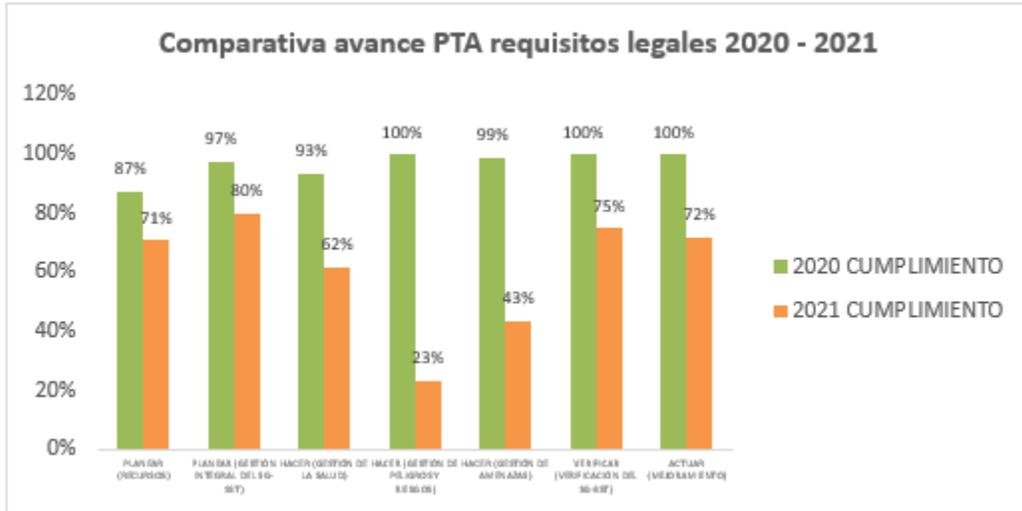
| REQUISITO LEGAL | 2020 | | | 2021 | | |
|--------------------|------------------|-------------------|--------------|------------------|-------------------|--------------|
| | TAREAS PLANEADAS | TAREAS EJECUTADAS | CUMPLIMIENTO | TAREAS PLANEADAS | TAREAS EJECUTADAS | CUMPLIMIENTO |
| PLANEAR (RECURSOS) | 292 | 255 | 87% | 541 | 383 | 71% |

| | | | | | | |
|---|---|-------------|-------------------|-------------------|--|--|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 223 de 295 | | |

| | | | | | | |
|--|-------------|-------------|------------|-------------|------------|------------|
| PLANEAR (GESTIÓN INTEGRAL DEL SG-SST) | 39 | 38 | 97% | 45 | 36 | 80% |
| HACER (GESTIÓN DE LA SALUD) | 2361 | 2206 | 93% | 351 | 217 | 62% |
| HACER (GESTIÓN DE PELIGROS Y RIESGOS) | 36 | 36 | 100% | 363 | 85 | 23% |
| HACER (GESTIÓN DE AMENAZAS) | 93 | 92 | 99% | 92 | 40 | 43% |
| VERIFICAR (VERIFICACIÓN DEL SG-SST) | 13 | 13 | 100% | 8 | 6 | 75% |
| ACTUAR (MEJORAMIENTO) | 6 | 6 | 100% | 25 | 18 | 72% |
| TOTAL | 2840 | 2646 | 97% | 1425 | 785 | 61% |

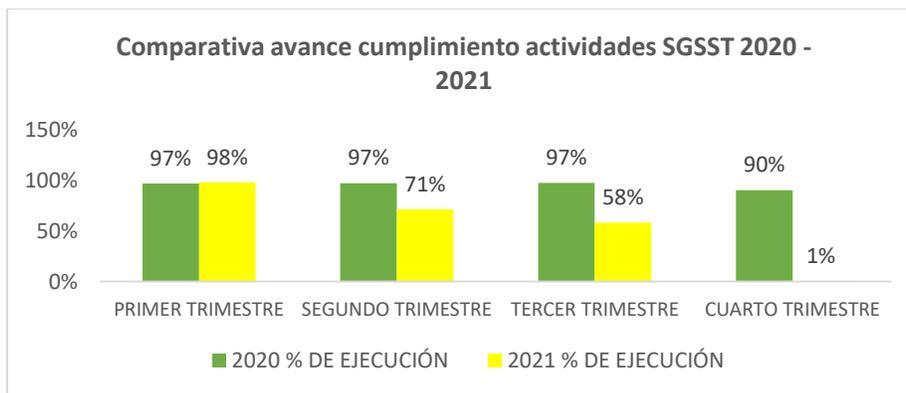
Para el periodo del 2020, el avance registrado fue del 97%, logrando la ejecución de 2646 actividades de las 2840 programadas. Las fortalezas de avance se evidencian en el desarrollo de estrategias de impacto para el hacer (100%) en gestión de peligros y controles, verificar (100%), y actuar (100%). Así mismo se continua con el diseño de procesos que permitan mejorar el desempeño del SGSST, como se registra en la comparación con el periodo de 2021. En este periodo (2021), se registra un cumplimiento promedio del 61%, teniendo en cuenta que, faltando el último trimestre del año, la mayor fortaleza en el avance se evidencia para los requisitos legales de planear (80%), verificar (75%), actuar (72%). Se continua el trabajo para cumplir con los demás requisitos a través de actividades de capacitación virtual, principalmente para el hacer en gestión de la salud (62%), visitas programadas con el apoyo de los profesionales de SST en territorio, lo que permite fortalecer la presencia y efectividad del desempeño del sistema en el hacer (55%) de gestión de amenazas (43%), y gestión de peligros y riesgos (23%).

| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |



A continuación, se presenta el detalle de avance en el cumplimiento de las actividades planeadas, en comparativa para los periodos 2020 y 2021:

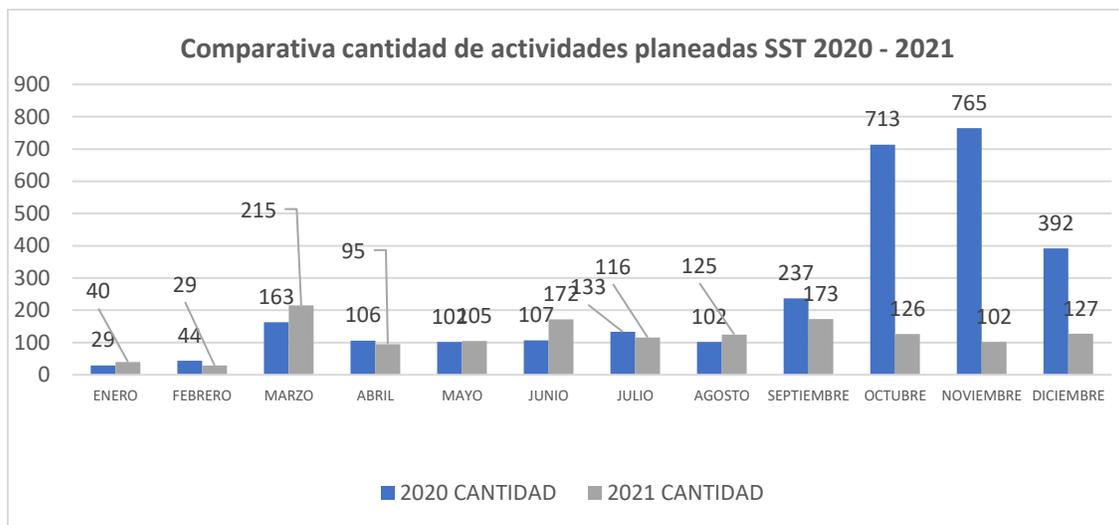
| TRIMESTRE | 2020 | | | 2021 | | |
|-------------------|-------------|-------------|----------------|-------------|------------|----------------|
| | PLANEADAS | EJECUTADAS | % DE EJECUCIÓN | PLANEADAS | EJECUTADAS | % DE EJECUCIÓN |
| PRIMER TRIMESTRE | 236 | 228 | 97% | 284 | 278 | 98% |
| SEGUNDO TRIMESTRE | 315 | 306 | 97% | 372 | 265 | 71% |
| TERCER TRIMESTRE | 472 | 460 | 97% | 414 | 240 | 58% |
| CUARTO TRIMESTRE | 1870 | 1687 | 90% | 355 | 2 | 1% |
| TOTAL | 2893 | 2681 | 95% | 1425 | 785 | 61% |



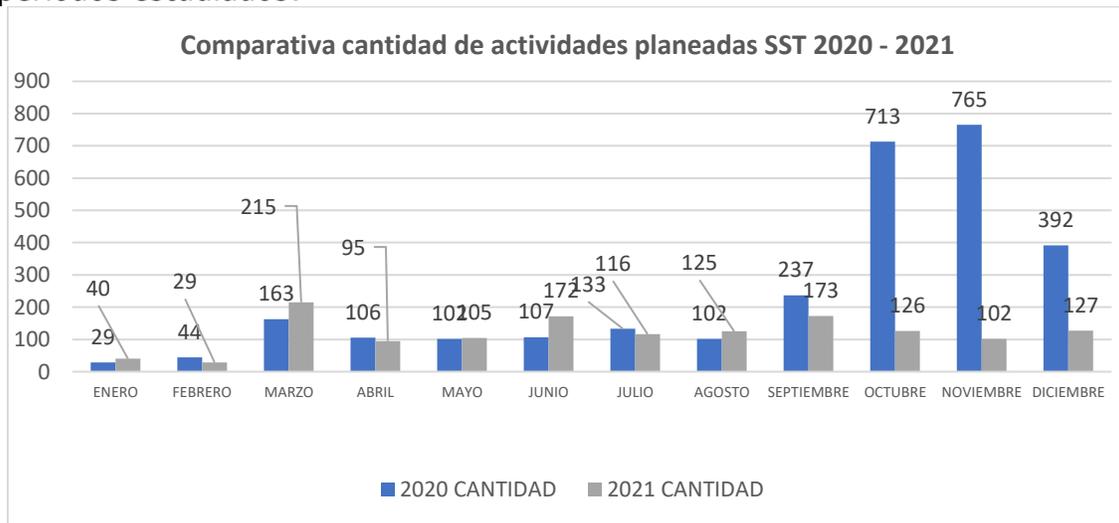
| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|---|-------------|-------------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | | | |
| PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 225 de 295 |

A falta de culminar el año 2021 en su último trimestre, se ha logrado un avance del 61%, en comparación con el año 2020, en el cual se alcanzó el 95% de cumplimiento. En los meses que componen los dos últimos trimestres del año 2021, se requiere un mayor fortalecimiento en el desarrollo de actividades ya que se ha alcanzado un avance del 58%.

Esta es la gráfica comparativa de la cantidad de actividades planeadas por mes, en los periodos analizados:

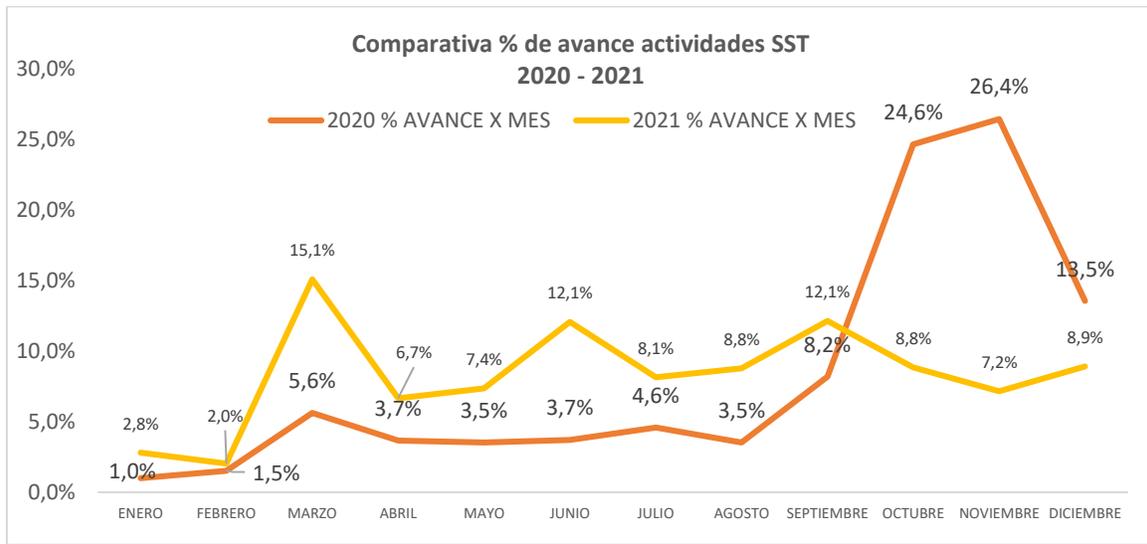


En esta grafica se analiza el porcentaje de avance de las actividades mensuales, para los periodos estudiados:



| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|--|-------------|-------------------|-------------------|
| PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 226 de 295 |

En esta grafica se analiza el porcentaje de avance de las actividades mensuales, para los periodos estudiados:



3. Resultados participación en actividades

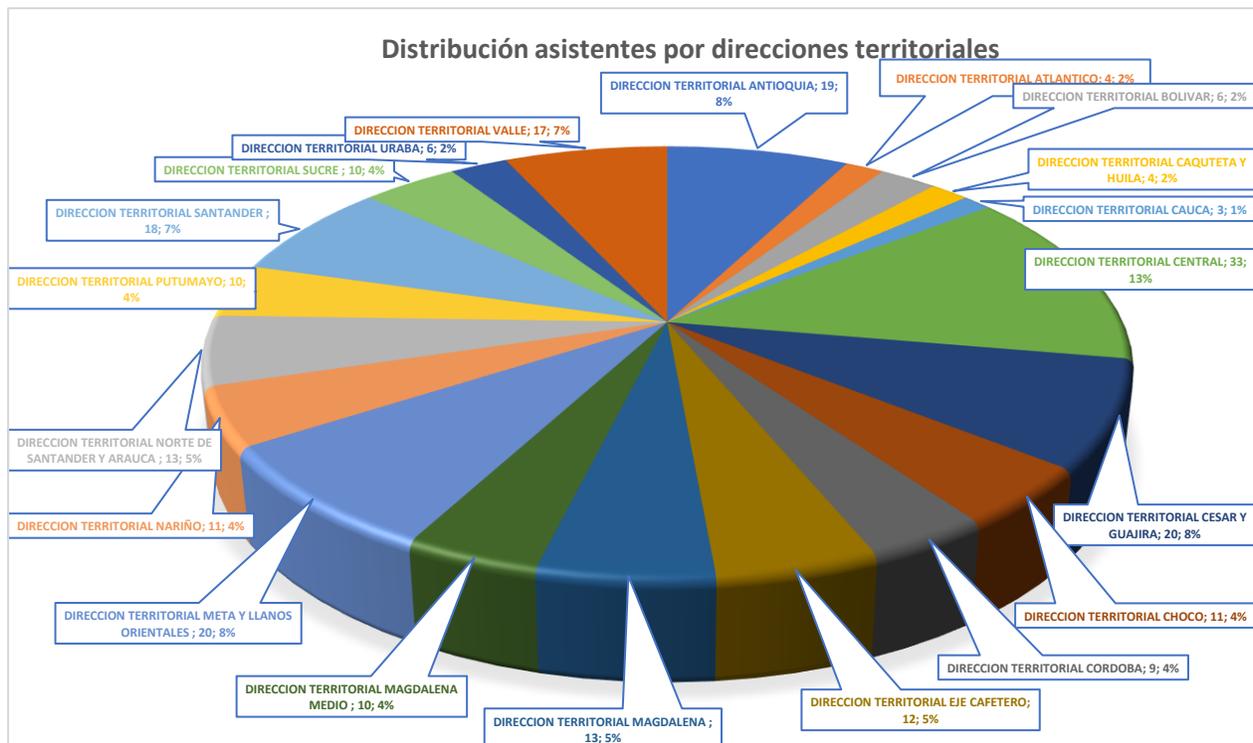
Para los periodos analizados (2020 – 2021), se han desarrollado alrededor de 635 actividades, con una participación media de 249 colaboradores, con la siguiente distribución:

| DIRECCIONES TERRITORIALES | CAPACITACIONES | ASISTENTES |
|---------------------------------------|----------------|------------|
| DIRECCION TERRITORIAL ANTIOQUIA | 47 | 19 |
| DIRECCION TERRITORIAL ATLANTICO | 9 | 4 |
| DIRECCION TERRITORIAL BOLIVAR | 17 | 6 |
| DIRECCION TERRITORIAL CAQUETA Y HUILA | 10 | 4 |
| DIRECCION TERRITORIAL CAUCA | 6 | 3 |
| DIRECCION TERRITORIAL CENTRAL | 80 | 33 |
| DIRECCION TERRITORIAL CESAR Y GUAJIRA | 49 | 20 |
| DIRECCION TERRITORIAL CHOCO | 21 | 11 |
| DIRECCION TERRITORIAL CORDOBA | 22 | 9 |
| DIRECCION TERRITORIAL EJE CAFETERO | 28 | 12 |
| DIRECCION TERRITORIAL MAGDALENA | 33 | 13 |

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|---|--|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

| | | |
|---|------------|------------|
| DIRECCION TERRITORIAL MAGDALENA MEDIO | 26 | 10 |
| DIRECCION TERRITORIAL META Y LLANOS ORIENTALES | 40 | 20 |
| DIRECCION TERRITORIAL NARIÑO | 28 | 11 |
| DIRECCION TERRITORIAL NORTE DE SANTANDER Y ARAUCA | 37 | 13 |
| DIRECCION TERRITORIAL PUTUMAYO | 28 | 10 |
| DIRECCION TERRITORIAL SANTANDER | 90 | 18 |
| DIRECCION TERRITORIAL SUCRE | 21 | 10 |
| DIRECCION TERRITORIAL URABA | 8 | 6 |
| DIRECCION TERRITORIAL VALLE | 35 | 17 |
| TOTALES | 635 | 249 |

En la siguiente gráfica, se registra el comportamiento en porcentaje, de la asistencia por cada DT, obteniendo estos resultados:



La DT con mayor participación ha sido la DTC Bogotá, aportando el 13% correspondiente a un promedio de 33 colaboradores, seguida de las DT de Cesar y

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|--|-------------|-------------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | | | |
| PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 228 de 295 |

Guajira, Meta y Llanos Orientales y Antioquia, cada una con el 8%, aportando un promedio de 19 colaboradores. Las demás DT, aportan un promedio de 9.8 colaboradores (6%).

4. Resultados indicadores resolución 0312 de 2019

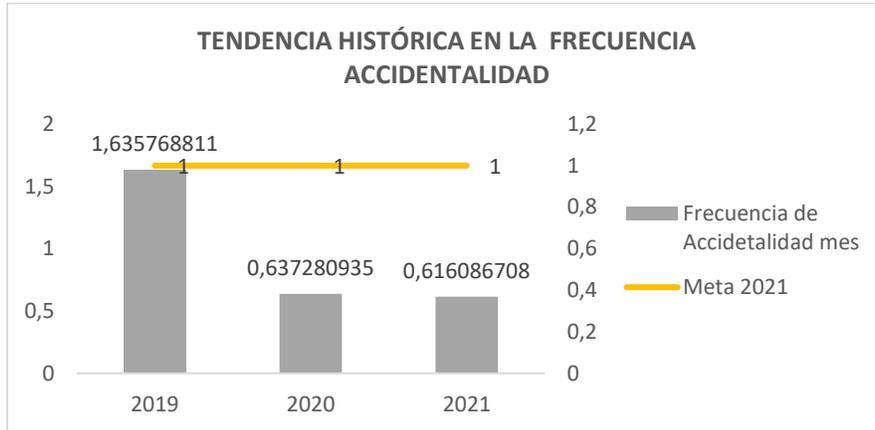
Gracias a las medidas de control implementadas, el SGSST ha logrado mitigar el impacto de los indicadores, logrando un incremento positivo en su desempeño. A continuación, se presentan los resultados:

✓ **Frecuencia de accidentalidad** (número mensual)

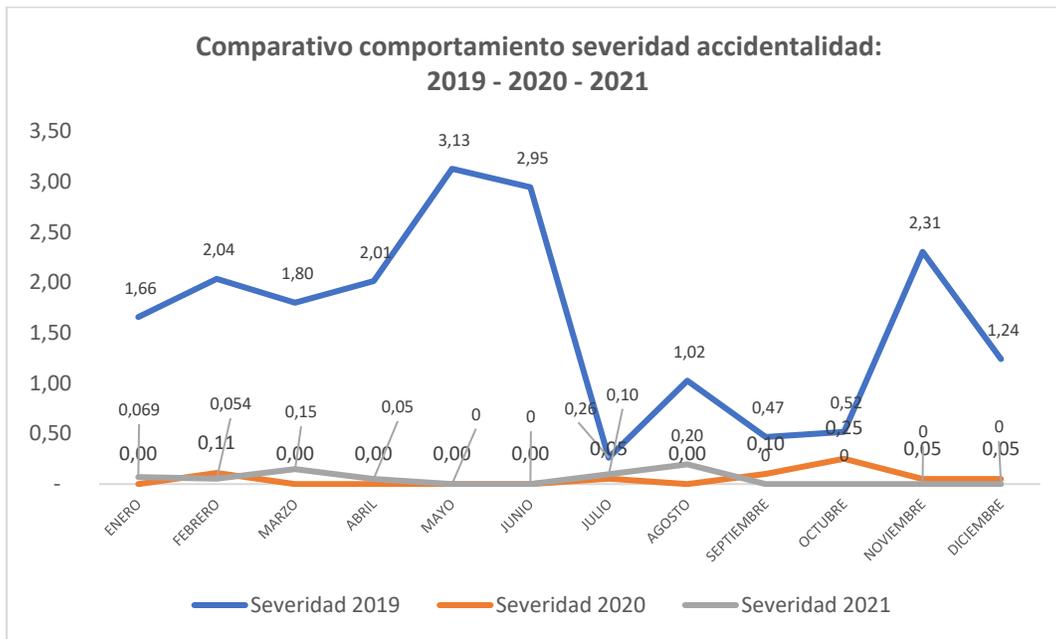


Interpretación del indicador: Por cada cien 100 trabajadores que laboraron en los meses de enero a septiembre de 2021 la frecuencia de accidentalidad fue de 0.63 accidentes laborales, sobre un promedio de 1948 colaboradores. En relación con el año inmediatamente anterior, donde por cada mes analizado se presentó un promedio de 0.64 accidentes laborales, se interpreta como una reducción para el año 2021 de 0.01 accidentes (a septiembre). Es probable que la reducción de este indicador este influenciada por la pandemia por COVID-19. Es conclusión, se obtiene una reducción en la tasa de accidentalidad del 3%.

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|--|-------------|-------------------|-------------------|
| PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 229 de 295 |

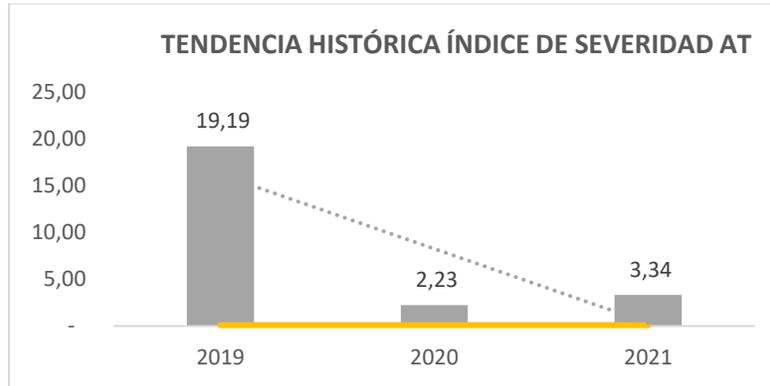


✓ **Severidad de la accidentalidad (número, mensual)**



Interpretación del indicador: Con respecto a la severidad de la accidentalidad, se obtiene un resultado para el año 2019 a partir de un promedio de 19 días perdidos por AT/100 trabajadores por mes, para el año 2020 se determina un promedio de 2.2 días perdidos por AT / 100 trabajadores por mes, lo que denota una reducción del 88% equivalente a 17 días disminuidos. A septiembre de 2021, se ha logrado mantener la meta de días perdidos (18 días / 100 trabajadores en el mes), alcanzando un máximo de 3.3 días perdidos en un promedio de 1948 colaboradores.

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|--|-------------|-------------------|-------------------|
| PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 230 de 295 |



- ✓ **Proporción de accidentes mortales** (porcentaje mensual)

El índice de accidentes mortales para la UARIV se mantiene en 0% para los años de 2019, 2020 y 2021.

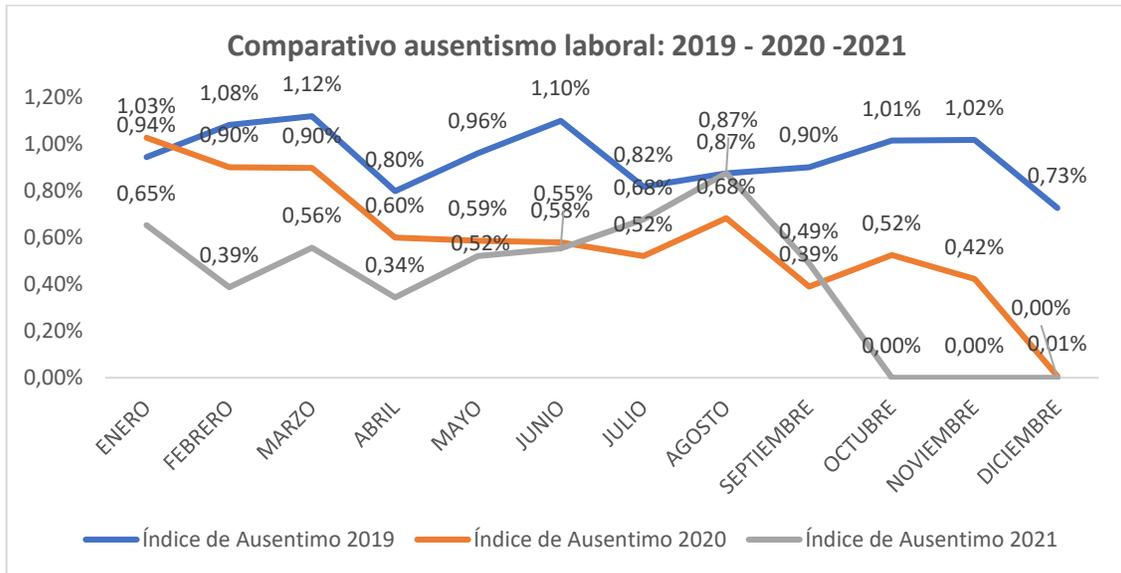
- ✓ **Prevalencia EL** (proporción anual)



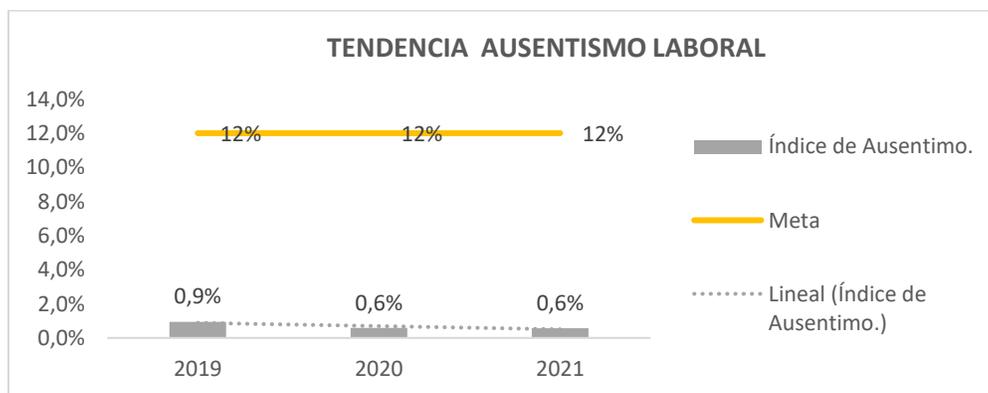
Interpretación del indicador: En cuanto a la prevalencia de enfermedad laboral, este indicador se mantiene estable, ya que se encuentra que, en los periodos de 2019, 2020 y 2021, prevalecen 6 casos de EL nuevos y antiguos. Finalmente, no se tiene incidencia de EL (0 casos nuevos).

- ✓ **Ausentismo laboral** (tasa mensual)

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|--|-------------|-------------------|-------------------|
| PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 231 de 295 |



Interpretación del indicador: Para el análisis del indicador de ausentismo laboral, en relación con el año 2019, el porcentaje de días perdidos por baja médica (EC, ATEL) fue del 0.9%, equivalente a 4.232 días/451.217 días de trabajo programados al año, en el 2020 se observa una reducción en el indicador de 0.3 puntos porcentuales, ya que para este año se alcanza un 0.6% de días perdidos por baja médica, correspondiente a 2.676 días/461.351 días de trabajo programados al año y en lo corrido del año 2021 (septiembre), se presenta un indicador igual al del año pasado, de 0.6% de días perdidos, relacionado con 2.015 días perdidos por baja médica/359.348 días de trabajo programados al año.

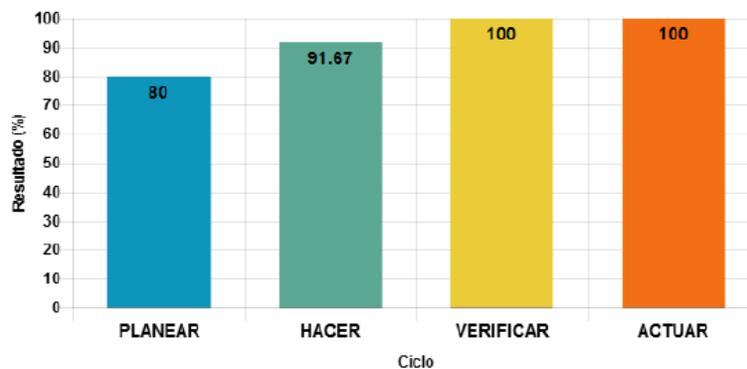


| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

5. Resultados aplicación autoevaluación resolución 0312 de 2019 y certificación ISO 45001 (2020)

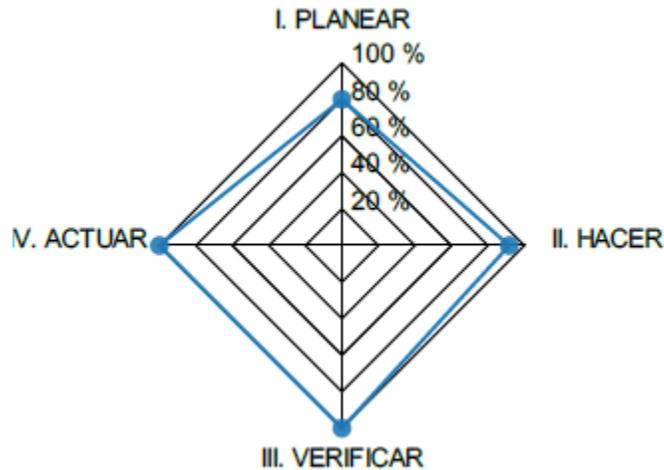
A continuación, se presenta el avance en el cumplimiento de los estándares mínimos exigidos en la resolución 0312 de 2019, a través de la autoevaluación aplicada por Positiva ARL (en concordancia con lo dispuesto en el decreto 1072 de 2015), se alcanzó un puntaje global del 90% (a enero de 2021). Es importante aclarar que la vigencia de la autoevaluación es anual, por tanto, se aplicara una nueva actividad para enero de 2022 y así obtendrán los resultados analizados para el año 2021.

Resultados Evaluación por Ciclo



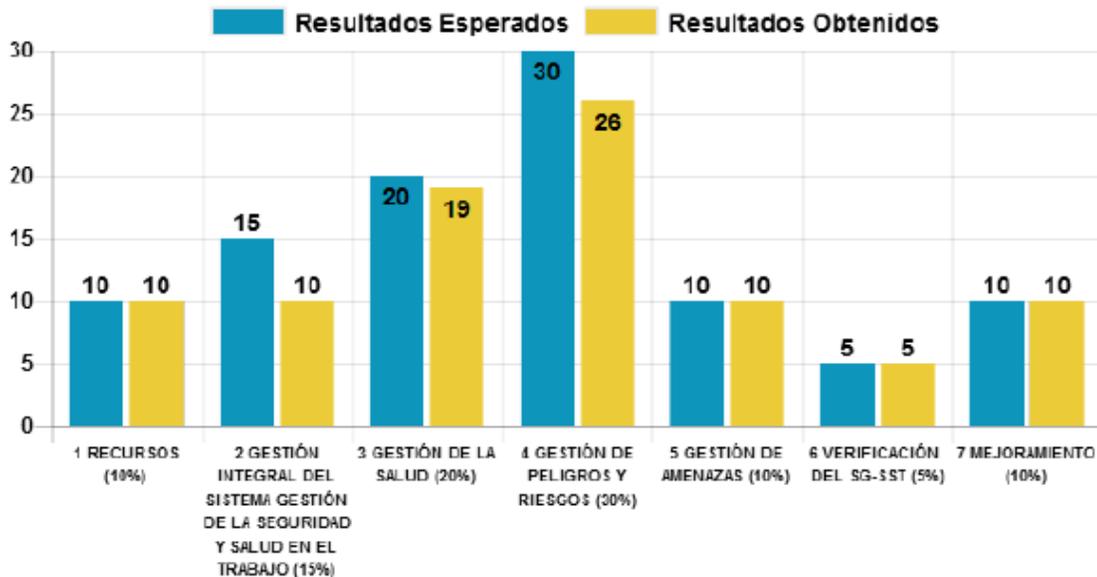
Se realiza la evaluación de 62 estándares, que se aplican a empresas con más de 100 trabajadores. Estos estándares se verifican a través de su desempeño en el ciclo PHVA y se ha logrado, un mayor puntaje de cumplimiento para verificar y actuar cada uno con 100%, seguido del hacer con un 91.67% y un final 80% para el planear:

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|--|-------------|-------------------|-------------------|
| PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 233 de 295 |



En cada uno de los estándares evaluados, se está cumpliendo altamente, con la ponderación esperada, sin embargo, no se deben escatimar esfuerzos para incrementar el grado de cumplimiento en los estándares de gestión de peligros (25/30) y gestión integral del SGSST (10/15):

Resultados Evaluación por Estándar



| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

| ESTANDAR | | RESULTADO ESPERADO | RESULTADO OBTENIDO | PORCENTAJE DEL ESTANDAR EVALUADO |
|------------------|--|--------------------|--------------------|----------------------------------|
| PLANEAR | 1 RECURSOS (100%) | 10% | 10% | 100% |
| | 2 GESTIÓN INTEGRAL DEL SISTEMA GESTIÓN DE LA SEGURIDAD | 15% | 10% | 66,67% |
| HACER | 3 GESTIÓN DE LA SALUD (20%) | 20% | 19% | 95% |
| | 4 GESTIÓN DE PELIGROS Y RIESGOS (30%) | 30% | 26% | 86,67% |
| | 5 GESTIÓN DE AMENAZAS (10%) | 10% | 10% | 100% |
| VERIFICAR | 6 VERIFICACIÓN DEL SG-SST (5%) | 5% | 5% | 100% |
| ACTUAR | 7 MEJORAMIENTO (10%) | 10% | 10% | 100% |

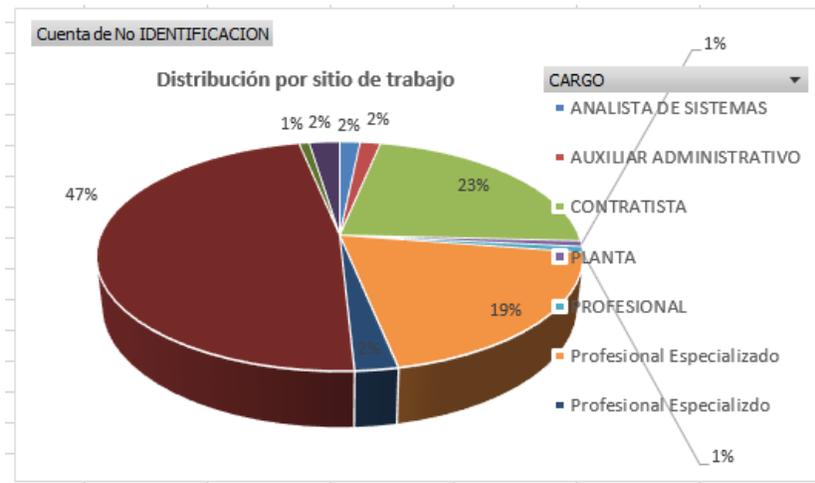
En conclusión y de acuerdo con lo estipulado en la resolución 0312 de 2019, el SGSST de la UARIV se encuentra en valoración **ACEPTABLE:**



6. Resultados inspecciones:

Se realizan 124 inspecciones a puestos de trabajo, con el fin de determinar las características físicas y mobiliario, para determinar la necesidad de implementación de elementos de confort postural. Del análisis de los datos se desprende: el 47% de las inspecciones realizadas dentro del PVE DME, corresponde a profesional especializado.

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|---|--|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |



| Etiquetas de fila | Cuenta de No IDENTIFICACION |
|---------------------------|-----------------------------|
| ANALISTA DE SISTEMAS | 2 |
| AUXILIAR ADMINISTRATIVO | 2 |
| CONTRATISTA | 28 |
| PLANTA | 1 |
| PROFESIONAL | 1 |
| Profesional Especializado | 24 |
| Profesional Especializado | 3 |
| PROFESIONAL UNIVERSITARIO | 59 |
| TECNICO ADMINISTRATIVO | 1 |
| (en blanco) | 3 |
| Total, general | 124 |

Con respecto a la DT donde se desarrollaron la mayor cantidad de inspecciones, se obtiene que la DT Cauca con el 10% (13), seguida de Putumayo con el 9% (12) y Córdoba con el 5% (6).

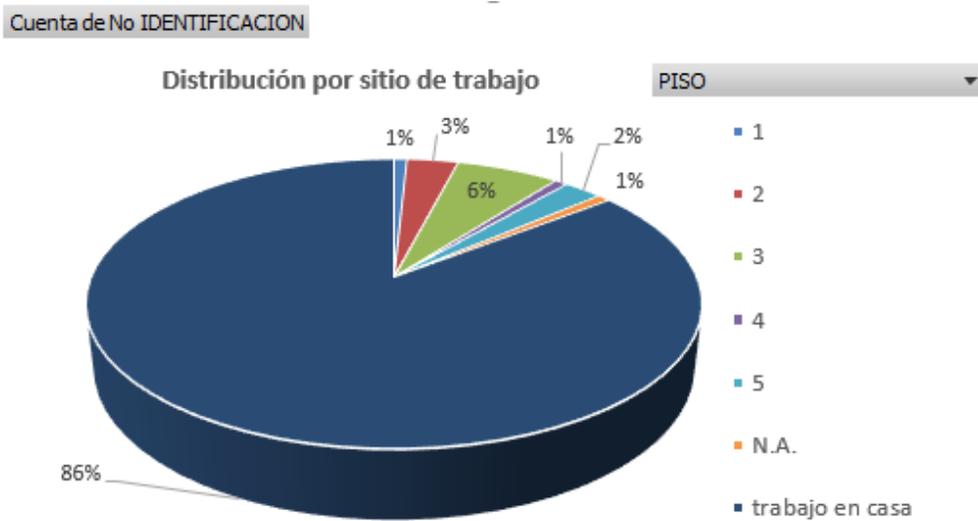
| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

| | |
|---|----|
| DT CUCUTA | 1 |
| DT EJE CAFETERO | 1 |
| DT FLORENCIA | |
| DT GUAJIRA Y CESAR-RIOHACHA | 1 |
| DT MAGDALENA | 1 |
| DT MAGDALENA MEDIO-BARRANCABERMEJA | 1 |
| DT MAGDALENA-SANTA MARTA | 1 |
| DT META Y LLANOS ORIENTALES | 5 |
| DT NARIÑO | 4 |
| DT PUTUMAYO | 12 |
| DT SANTANDER | 3 |
| DT SANTANDER- BUCARAMANGA | 3 |
| DT SUCRE | 1 |
| DT URABA | 1 |
| DT VALLE | 1 |
| DT VALLE DEL CAUCA | 1 |
| ENFOQUE PSICOSOCIAL | 2 |
| GRUPO DE ATENCION A VICTIMAS EN EL EXTERIOR | 2 |
| GRUPO DE VICTIMAS EN EL EXTERNIO | 1 |
| GRUPO NACION TERRITORIO | 1 |
| GRUPO PSICOSOCIAL | 2 |
| Nación Territorio | 1 |
| NOVEDADES | 1 |
| OFICINA ASESORA JURIDICA | 1 |
| Oficina de Control Interno | 1 |
| Planeación | 1 |
| REPARACION COLECTIVA | 2 |
| SAN CAYETANO (GGTH) | 1 |
| SAN CAYETANO (NACION TERRITORIO) | 1 |
| SAN CAYETANO (OAP) | 1 |
| SAN CAYETANO (OCI) | 1 |
| SECRETARIA GENERAL | 2 |
| Subdirección de Coordinación técnica del SNARIV | 2 |
| SUBDIRECCION DE PREVENCION Y EMERGENCIAS | 1 |
| SUBDIRECCION DE REPARACION INDIVIDUAL | 2 |
| SUBDIRECCION DE VALORACION Y REGISTRO | 1 |

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|---|--|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

| | |
|--|------------|
| SUBDIRECCION RED NACIONAL DE INFORMACION | 2 |
| (en blanco) | 1 |
| Total, general | 124 |

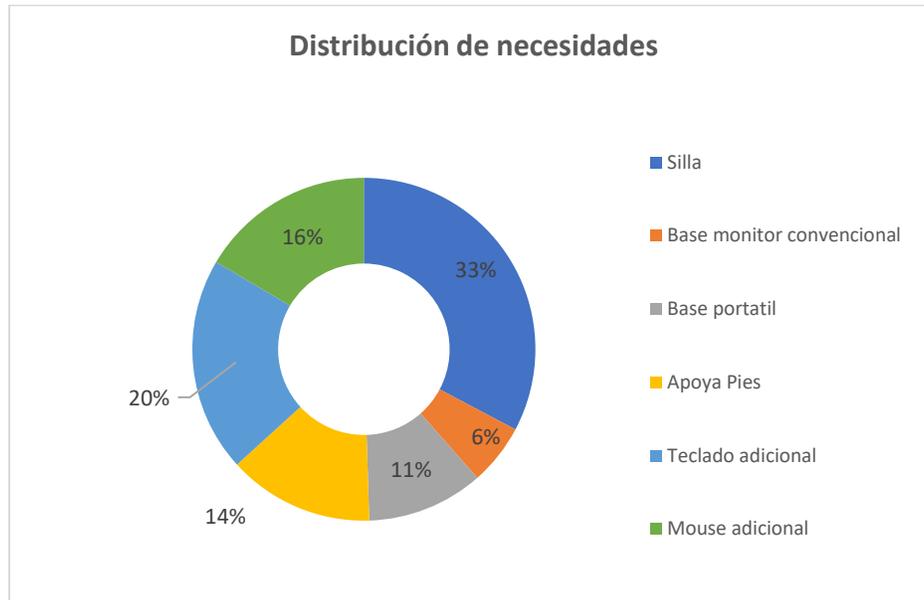
En concordancia con la situación de trabajo, se obtiene que el 88% (106) de las inspecciones, pertenece a sitio de trabajo en casa.



| Etiquetas de fila | Cuenta de No IDENTIFICACIÓN |
|-----------------------|-----------------------------|
| 1 | 1 |
| 2 | 4 |
| 3 | 8 |
| 4 | 1 |
| 5 | 3 |
| N.A. | 1 |
| trabajo en casa | 106 |
| Total, general | 124 |

Finalmente, y del análisis de la información registrada en las inspecciones, se determinan las siguientes necesidades de elementos y mejoramiento de mobiliario (n = 400):

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|---|--|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |



Se requiere el mejoramiento, o mantenimiento preventivo – correctivo para las sillas, que corresponde al 33% (131), seguido de un 20% para teclado adicional (81), mouse adicional 16% (66), apoyapiés con un 14% (55), base para portátil 11% (44) y base para monitor convencional 6% (23).

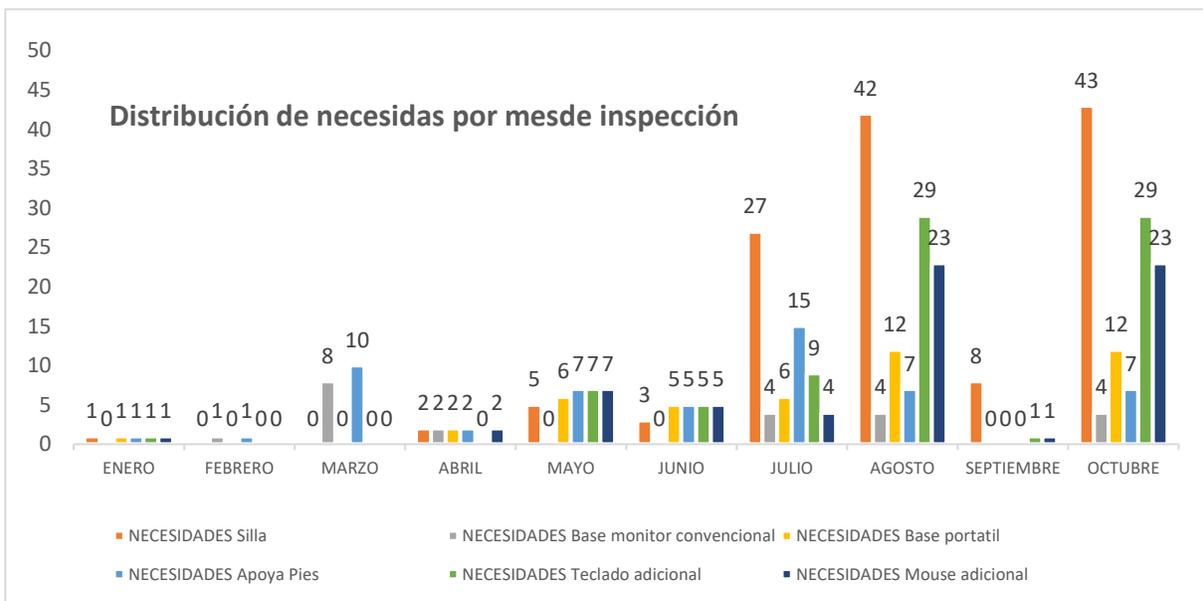
| Silla | Base monitor convencional | Base portátil | Apoya Pies | Teclado adicional | Mouse adicional |
|-------|---------------------------|---------------|------------|-------------------|-----------------|
| 131 | 23 | 44 | 55 | 81 | 66 |

Para efectos de comprensión de necesidades, se presenta el cuadro detallado por mes:

| INSPECCION DE PUESTOS DE OFICINA Y TRABAJO EN CASA | | | | | | | |
|--|-----------------|-------------|---------------------------|---------------|------------|-------------------|-----------------|
| MES | No TRABAJADORES | NECESIDADES | | | | | |
| | | Silla | Base monitor convencional | Base portátil | Apoya Pies | Teclado adicional | Mouse adicional |
| ENERO | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| FEBRERO | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| MARZO | 16 | 0 | 8 | 0 | 10 | 0 | 0 |
| ABRIL | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 0 | 2 |
| MAYO | 7 | 5 | 0 | 6 | 7 | 7 | 7 |
| JUNIO | 6 | 3 | 0 | 5 | 5 | 5 | 5 |

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|---|--|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

| | | | | | | | |
|--------------|------------|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| JULIO | 27 | 27 | 4 | 6 | 15 | 9 | 4 |
| AGOSTO | 51 | 42 | 4 | 12 | 7 | 29 | 23 |
| SEPTIEMBRE | 11 | 8 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| OCTUBRE | 3 | 43 | 4 | 12 | 7 | 29 | 23 |
| TOTAL | 126 | 131 | 23 | 44 | 55 | 81 | 66 |

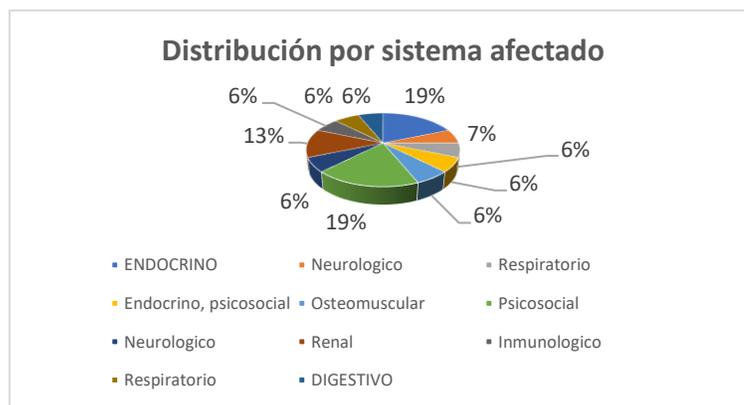
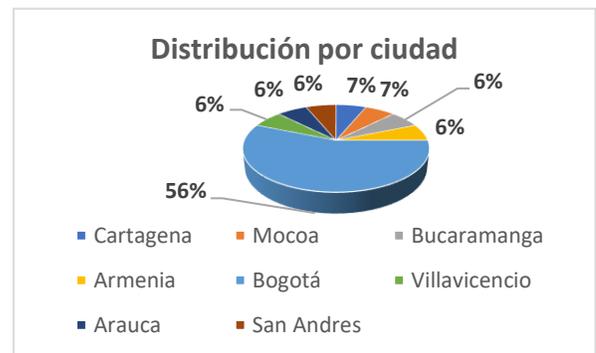


7. Programa medicina laboral: retorno positivo (resultados), seguimiento a casos COVID 19

Para junio de 2021, el GGTH a través del SGSST, inicia el desarrollo del programa de medicina laboral, específicamente para el subprograma de trabajo en casa, como respuesta y acompañamiento a los lineamientos de la resolución 777 de 2021, circular 013 de 2021, acatando lo dispuesto en la ley 2088 de 2021. Hasta septiembre de 2021, se han gestionado 16 casos, de los cuales, 3 cuentan con recomendaciones laborales y 13 presentan comorbilidades que se pueden agravar por contagio con COVID – 19. De los 13 casos, el 53% cuentan con análisis y gestión por medio de acta de conocimiento de caso (7 casos), de este 53%, 4 casos que equivalen al 57%, tienen recomendaciones medico laborales emitidas por el médico laboral que apoya a la UARIV, y estas recomendaciones san sido socializadas tanto con el funcionario como con el jefe inmediato. el restante 47% ha sido captado a través del correo electrónico medicina.laboral@unidadvictimas.gov.co, y cuentan con análisis de caso

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|--|-------------|-------------------|-------------------|
| PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 241 de 295 |

y citación para revisión a través de reunión virtual (6 casos). La distribución sociodemográfica de los casos es la siguiente:



Actividades desarrolladas como gestión MedLab

- **Creación**
 - ✓ Diseño programa MedLab
 - ✓ Diseño programa RyAL
 - ✓ Diseño programa trabajo en casa
- **Mesa laboral**
 - ✓ Reconocimiento programa con aliado Zona Medica
 - ✓ Gestión de casos con Coordinación Medica Zona Medica
- **Comunicaciones**
 - ✓ Presentación programa líder del área comunicaciones UARIV
 - ✓ Generación de estrategia de divulgación con el apoyo del área de comunicaciones: SUMA, capsulas informativas, avatar Dr. Cuidadoso

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|---|--|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

Con respecto al seguimiento de los casos de COVID – 19, se registran los datos correspondientes a los colaboradores que han reportado síntomas, han padecido de la enfermedad y que han registrado su esquema de vacunación completa.

Entre el último trimestre de 2021 y lo corrido del año 2021, a través de la plataforma ALISSTA, se ha registrado la captación de 188 casos, efectuando el seguimiento de 109 casos. Igualmente, en los periodos analizados, se encuentra un total de 91 casos positivos, todos con su respectivo seguimiento, tanto telefónico, como por correo electrónico.

8. Resultados medicina preventiva: batería de riesgo psicosocial

Para este año (2021), se tiene como meta la aplicación de 1840 encuestas de riesgo psicosocial, y a septiembre se han aplicado un total de 1600, alcanzando un 86% de cobertura y quedando pendiente la aplicación para 240 colaboradores.

| CIUDAD | PLANTA | CONTRATISTAS | TOTAL | APLICADOS | PENDIENTES |
|------------|--------|--------------|-------|-----------|------------|
| APARTADÓ | 15 | 11 | 26 | 26 | 0 |
| ARAUCA | 6 | 3 | 9 | 6 | 3 |
| ARMENIA | 5 | 3 | 8 | 8 | 0 |
| BARRANCA | 14 | 8 | 22 | 17 | 5 |
| BARRANQUI | 19 | 7 | 26 | 15 | 11 |
| BOGOTÁ, D | 350 | 852 | 1144 | 1090 | 54 |
| BUCARAMA | 19 | 9 | 28 | 27 | 1 |
| CALI | 25 | 17 | 42 | 33 | 9 |
| CARTAGENA | 17 | 13 | 30 | 20 | 10 |
| CÚCUTA | 15 | 7 | 22 | 16 | 6 |
| FLORENCIA | 10 | 7 | 17 | 13 | 4 |
| IBAGUÉ | 9 | 6 | 15 | 12 | 3 |
| MANIZALES | 7 | 4 | 11 | 10 | 1 |
| MONTERÍA | 15 | 8 | 23 | 17 | 6 |
| NEIVA | 7 | 5 | 12 | 8 | 4 |
| PASTO | 24 | 10 | 34 | 33 | 1 |
| PEREIRA | 9 | 11 | 20 | 16 | 4 |
| POPAYÁN | 21 | 24 | 45 | 41 | 4 |
| QUIBDO | 18 | 14 | 32 | 23 | 9 |
| RIOHACHA | 6 | 5 | 11 | 8 | 3 |
| SANTA MAR | 19 | 12 | 31 | 14 | 17 |
| SINCELEJO | 16 | 8 | 24 | 11 | 13 |
| TUNJA | 6 | 3 | 9 | 4 | 5 |
| VALLEDUPA | 17 | 13 | 30 | 16 | 14 |
| VILLAVICEN | 19 | 12 | 31 | 24 | 7 |

| CIUDAD | PLANTA | CONTRATISTAS | TOTAL | APLICADOS | PENDIENTES |
|--------------|--------|--------------|-------|-------------|------------|
| YOPAL | 7 | 3 | 10 | 7 | 3 |
| MEDELLIN | 28 | 31 | 59 | 53 | 6 |
| MOCOA | 17 | 11 | 28 | 27 | 1 |
| BUENAVENT | 1 | 3 | 4 | 0 | 4 |
| GRANADA | 1 | 1 | 2 | 0 | 2 |
| GUAPI | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| LETICIA | 1 | 5 | 6 | 0 | 6 |
| MAGANGUE | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 |
| MITÚ | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 |
| OCAÑA | 3 | 0 | 3 | 0 | 3 |
| PUERTO CA | 0 | 2 | 2 | 0 | 2 |
| PUERTO INE | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 |
| SAN ANDRÉ | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| SAN ANDRE | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| SAN JOSÉ D | 4 | 6 | 10 | 2 | 8 |
| SANTADER | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| SOACHA | 3 | 0 | 3 | 0 | 3 |
| TOTAL | | | | 1600 | 240 |

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|---|--|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

9. Resultados actualización matriz de peligros:

Para el año 2021, se ha ejecutado la actualización de las matrices de identificación de peligros para 11 territoriales, y 1 proceso en nivel central (proceso de reparación). También se diseñaron las matrices de identificación de peligros para los CRAV de la DTC Cundinamarca y CLAV de Bogotá.

| DT | CLAV | CRAV |
|--|---|-----------------------------|
| Central Bogotá | Sede Bogotá Rafael Uribe Urie Patio Bonito Suba Chapinero Bosa Ciudad Bolívar | N/A |
| Central Cundinamarca | N/A | Soacha Viotá La Palma |
| Central Tolima | Sede Ibagué | N/A |
| Central Boyacá | Sede Tunja Tunja | N/A |
| Santander, Nariño, Antioquia, Norte de Santander, Urabá, Eje cafetero, Llanos Orientales, Putumayo, y. | N/A | N/A |
| Nivel central administrativa San Cayetano | N/A | N/A |

A través de la actualización de estas matrices, se identificaron como riesgos priorizados con sus respectivos controles:



Psicosociales

Complejidad de las tareas
Alta carga emocional por manejo de personas
Resolución de problemas y conflictos

Controles existentes

Programa de prevención de riesgo psicosocial
Programa de atención psicológica de emergencia
Pausas cognitivas



Biomecánicos

Movimientos repetidos en los brazos y las manos
Estar de pie o sentado por mas de 45 minutos
Agacharse de manera incorrecta

Controles Existentes

Pausas activas cada dos horas
Asientos tipo oficina con mecanismo de ajuste
Escritorios con alturas y profundidades adecuadas
Capacitaciones en higiene postural
SVE en riesgo biomecánico



Públicos

Atención en locales abiertos al público
Desplazamientos para acompañamiento en terreno
Trabajo en zonas de conflicto

Controles Existentes

Capacitación en atención al cliente
Programa desplazamiento seguro
La Unidad cuenta con el COMR, quienes permanentemente informan la situación de orden público
Coordinación de seguridad con entidades competentes

| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

El total de cambios realizados fueron:



Soportados en esta lista de cambios:

Socialización ajustes Matrices Peligros 2021

| Versión | Fecha de Cambio | Descripción de la modificación |
|---------|-----------------|--|
| 6 | 02/09/2021 | 1. Actualización de número de funcionarios y contratistas |
| | | 2. Actualización de número de visitantes |
| | | 3. Actualización de dirección nueva sede administrativa |
| | | 4. Delimitación de efectos posibles en términos técnicos médicos y de patologías en efectos posibles para peligro biomecánico: traumas acumulativos y posturas antiálgicas |
| | | 5. Inclusión de controles presentes en el trabajador para peligro biomecánico. |
| | | 6. Revisión y actualización de evaluación de riesgo del peligro biomecánico para consecuencia y exposición. |
| | | 7. En medidas de control para el peligro biomecánico se incluyen procesos de sustitución y controles de ingeniería. |
| | | 8. Eliminación del peligro de condiciones de seguridad en descripción de locativo para almacenamiento |
| | | 9. Eliminación del peligro mecánico, clasificado como condiciones de seguridad, para la descripción de contacto con greca |
| | | 10. Delimitación de efectos y patologías por exposición al peligro ruido de impacto clasificado como físicos. |
| | | 11. Se actualiza zona/lugar con dirección de nueva sede administrativa |
| | | 12. Se incluye las actividades operativas en territorio |
| | | 13. Se incluye la tarea visitas en territorio y se analizan los peligros |
| | | 14. Para las actividades operativas en territorio, se registra análisis del peligro público, clasificado como condiciones de seguridad, revisando en evaluación del riesgo la consecuencia y la exposición |
| | | 15. Delimitación de efectos posibles, lesiones y patologías con lenguaje técnico médico por exposición al peligro público, clasificado como condiciones de seguridad. |

| Versión | Fecha de Cambio | Descripción de la modificación |
|---------|-----------------|--|
| 6 | 02/09/2021 | 1. Actualización de número de funcionarios |
| | | 2. Actualización de número de personal dispuesto por el operador |
| | | 3. Actualización de número de visitantes |
| | | 4. Delimitación de efectos posibles en términos técnicos médicos y de patologías en efectos posibles para peligro biomecánico: traumas acumulativos y posturas antiálgicas |
| | | 5. Inclusión de controles presentes en el trabajador para peligro biomecánico. |
| | | 6. Revisión y actualización de evaluación de riesgo del riesgo para consecuencia y exposición. |
| | | 7. En medidas de control para el peligro biomecánico se incluyen procesos de sustitución y controles de ingeniería. |
| | | 8. Eliminación del peligro de condiciones de seguridad en descripción de locativo para almacenamiento |
| | | 9. Delimitación de efectos y patologías por exposición al peligro ruido de impacto clasificado como físicos |
| | | 10. Delimitación de efectos posibles con terminología técnica médica, para el peligro de temperatura extrema clasificado como físico, sensación de frío. |
| | | 11. Se incluye las actividades operativas en atención a víctimas en procesos de asistencia y asesoría (centros a cargo del ente distrital) |
| | | 12. Delimitación de efectos posibles, lesiones y patologías con lenguaje técnico médico por exposición al peligro público, clasificado como condiciones de seguridad. |

| | | | | |
|---|---|-------------|-------------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 245 de 295 |

10. Gestión de recursos

| DESCRIPCIÓN DEL RECURSO | TIPO DE RECURSO | | | | RECURSOS ASIGNADOS 2020 | RECURSOS ASIGNADOS 2021 | SUFICIENCIA | | NECESIDAD 2022 |
|-------------------------|-----------------|-----|-----|-----|-------------------------|-------------------------|-------------|----|----------------|
| | PER | INF | TEC | FIN | | | SI | NO | |
| | X | | | | | | X | | |
| | | X | | | | | | X | |
| | | | X | | | | | | |
| | | | | X | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

PER = Personas

INF = Infraestructura

TEC = Técnicos / tecnológicos

FIN = Financieros

11. Cumplimiento de requisitos legales

Una vez actualizado y revisado el normograma, procedimos a realizar el conteo de los requisitos legales de SST incluidos en el normograma, lo cual, servirá como base para la siguiente actividad de la reunión. De acuerdo con la clasificación definida por el normograma se identificaron 47 leyes, 75 decretos, 2 decretos ley, 88 resoluciones y 35 circulares, para un universo de 250 requisitos legales. Acto seguido se procedió a determinar la muestra representativa, tomando el número total de elementos legales del normograma y aplicando la fórmula $(\sqrt{X}) + 1$ donde X es el número total de elementos normativos. $\sqrt{250} + 1 = 15.811 + 1 = 16.811 \approx 17$.

Luego de aplicar la fórmula anterior y cuyo resultado fue 17, procedimos a seleccionar aleatoriamente este número de normas a fin de realizar su evaluación de cumplimiento (Ley 1823 de 2017, Ley 1010 de 2010, Ley 2088 de 2021, Decreto 1496 de 2018, Decreto 491 de 2020, Decreto 120 de 2010, Resolución 2361 de 2019, Resolución 1566 de 2012, Resolución 652 de 2012, Resolución 1401 de 2007, Resolución 2013 de 1986, Resolución 754 de 2021, Circular 29 de 2020, Circular 41 de 2020, Circular 38 de 2010, Circular 41 de 2020 y Circular 18 de 2012).

Finalmente se revisaron cada uno de los 17 elementos normativos seleccionados y se les hizo la evaluación del cumplimiento legal, evidenciando su aplicabilidad y cumplimiento en SST.

| | | | | |
|---|---|-------------|-------------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 246 de 295 |

| Requisito Legal | Artículo | Aplicación | Cumple | No cumple | Observación |
|--------------------------|----------|--|--------|-----------|---|
| Resolución, Decreto, ley | | | x | | (PUEDEN COLOCAR AVANCE DE CUMPLIMIENTO) |
| Resolución 754 de 2021 | | | | | |
| Ley 1823 de 2017 | Toda | Por medio de la cual se adopta la estrategia salas amigas de la familia lactante del entorno laboral en entidades públicas territoriales y empresas privadas y se dictan otras disposiciones | X | | |
| Ley 1010 de 2010 | Toda | Medidas para prevenir, corregir y sancionar el acoso laboral y otros hostigamientos en el marco de las relaciones de trabajo. | X | | |
| Ley 2088 de 2021 | Toda | Por la cual se regula el trabajo en casa y se dictan otras disposiciones | X | | |
| Decreto 1496 de 2018 | Art. 2 | Por medio de la cual se garantiza la igualdad salarial y de retribución laboral entre mujeres y hombres, se establecen mecanismos para erradicar cualquier forma de discriminación y se dictan otras disposiciones. | X | | |
| Decreto 491 de 2020 | Toda | Por el cual se adoptan medidas de urgencia para garantizar la atención y la prestación de los servicios por parte de las autoridades públicas y los particulares que cumplan funciones públicas y se toman medidas para la protección laboral y de los contratistas de prestación de servicios de las entidades públicas, en el marco del Estado de Emergencia Económica | X | | |
| Decreto 120 de 2010 | Art. 6 | Por el cual se adoptan medidas en relación con el consumo de alcohol | X | | |
| Resolución 2361 de 2019 | Toda | Por la cual se reglamenta la asignación de Prima Técnica por evaluación de desempeño a los funcionarios de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a | X | | |

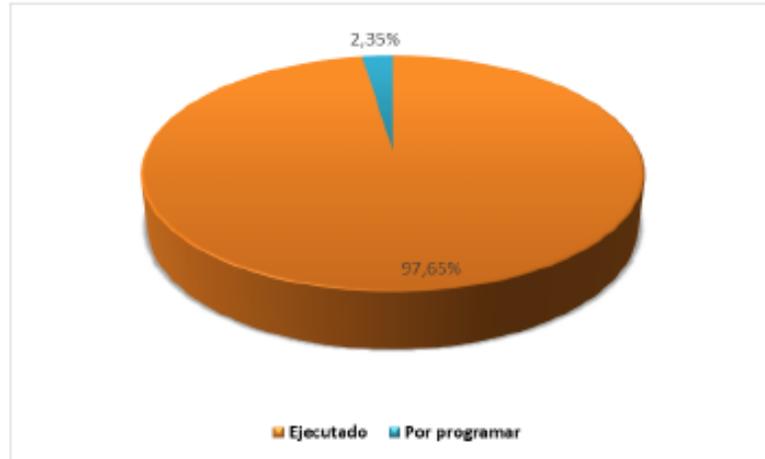
| | | | | |
|---|---|-------------|-------------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 247 de 295 |

| | | | | | |
|-------------------------|-------------------|---|---|--|--|
| | | las Víctimas y se dictan otras disposiciones | | | |
| Resolución 1566 de 2012 | Toda | Por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a las personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el premio nacional "Entidad comprometida con la prevención del consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas" | X | | |
| Resolución 652 de 2012 | Toda | Reglamenta los comités de convivencia laboral | X | | |
| Resolución 1401 de 2007 | Art. 5, Numeral 6 | por la cual se reglamenta la investigación de incidentes y accidentes de trabajo. | X | | |
| Resolución 2013 de 1986 | Toda | Por la cual se reglamenta la organización y funcionamiento de los Comités de Medicina, Higiene y Seguridad Industrial en los lugares de trabajo. | X | | |
| Circular 29 de 2020 | Toda | Los elementos de protección personal son responsabilidad de las empresa o contratantes; ante la presente emergencia por COVID- 19, las asministradoras de riesgos laborales apoyaran a los empleadores o contratantes en el suministro de dichos elementos exclusivamente para los trabajadores con exposición directa a COVID-19 | X | | |
| Circular 41 de 2020 | Num. 1 | Lineamientos respecto del trabajo en casa | X | | |
| Circular 38 de 2010 | Item 1 | Espacios libres de humo y de sustancias psicoactivas en las empresas. | X | | |
| Circular 41 de 2020 | Num. 4 | Lineamientos respecto del trabajo en casa | X | | |
| Circular 18 de 2012 | Toda | IBL contribuciones parafiscales Sena, ICBF y Cajas de Compensación Familiar. | X | | |

12. Resultados de avance proveedores

El proveedor principal de servicios de apoyo ha sido Positiva ARL. A continuación, se presentan los resultados de la gestión que realizada con una ejecución del plan de trabajo del 97.65% (2020):

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|---|--|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |



✓ *Plan básico: programa estructural empresarial*

| PLAN BASICO - PROGRAMA ESTRUCTURAL EMPRESARIAL | HORAS / UNIDAD EHECUTADAS | LOGROS |
|--|---------------------------|---|
| Mesa laboral | 9 | Asesoría y seguimiento de casos con ATEL |
| Asesoría legal comité convivencia | 13 | Asesoría legal en el funcionamiento del comité de convivencia |
| Material prevención de contagio de COVID19 | 207 | Material impreso de medidas de prevención |
| Curso de Coronavirus Medidas Generales de Prevención | 3 | Curso virtual |
| Curso de Medidas de Prevención y Normas de Actualización Frente a Covid-19 | 3 | Curso virtual |

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|---|--|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

✓ *Preparación y respuesta ante emergencias*

| PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE EMERGENCIA | HORAS / UNIDADES EJECUTADAS | LOGROS |
|---|-----------------------------|--|
| Capacitación teórica específica en emergencias por tipo de brigada Bogotá y nivel nacional. | 18 | Capacitaciones para la brigada en diferentes temáticas |

✓ *Programa y prevención de enfermedades y promoción de la salud*

| PROGRAMA DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD | HORAS / UNIDADES EJECUTADAS | LOGROS |
|---|-----------------------------|--|
| Asesoría técnica en la prevención y contención del COVID-19 | 80 | Asesoría y verificación de medidas comportamentales de prevención del COVID-19 en oficina. |

✓ *Programa protección colectiva e individual*

| PROGRAMA DE PROMOCIÓN COLECTIVA E INDIVIDUAL | HORAS / UNIDADES EJECUTADAS | LOGROS |
|---|-----------------------------|---|
| Cursos Montacargas | 100 | Formación certificada para personal de Bogotá |
| Inspección planeada de seguridad | 16 | identificación de peligros de altura en Bodega |
| Capacitación en inspecciones planeadas por el COPASST Taller Bogotá | 2 | Capacitación para el COPASST |
| Capacitación en inspecciones planeadas por el COPASST Taller Nivel nacional | 2 | Capacitación para el COPASST |
| Asesoría programa de protección colectiva e individual | 800 | Actualización y elaboración matrices de peligros y planes de emergencias en Direcciones territoriales, 32 Centros Regionales y puntos de atención |

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|---|--|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

✓ *Programa investigación de incidentes y accidentes laborales*

| PROGRAMA DE INVESTIGACIÓN DE INCIDENTES, ACCIDENTES DE TRABAJO | HORAS / UNIDADES EJECUTADAS | LOGROS |
|--|-----------------------------|--|
| Taller investigación de accidentes | 4 | Capacitar al conpsst en sedes sobre metrología de investigación de la Unidad |
| Taller investigación de accidentes | 2 | Capacitar al copasst nivel central |

✓ *Plan avanzado: programa de gestión en la prevención de enfermedades profesionales*

| PROGRAMA DE GESTIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES PROFESIONALES | HORAS / UNIDADES EJECUTADAS | LOGROS |
|---|-----------------------------|--|
| Asesoría en la prevención de las enfermedades laborales, profesiograma. | 20 | Actualización profesiograma por cargos |
| Asesoría en la prevención de las enfermedades laborales | 23 | Asesoría documental programa de riesgos cardiovascular |
| Chequeos ejecutivos | 3 | Para altos ejecutivos. |

✓ *Programas vigilancia epidemiológica*

| PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA | HORAS / UNIDADES EJECUTADAS | LOGROS |
|---|-----------------------------|--|
| Asesoría en la estructuración del PVE Prevención de DME | 1852 | Asesoría y asistencia técnica permanente en el PVE de prevención DME. Bogotá y nivel nacional |
| Asesoría adecuación de puesto de trabajo a funcionaria con discapacidad | 2 | Inspección de puesto para recomendaciones |
| Asesoría en la estructuración del PVE Prevención de DME. Nivel nacional | 401 | Intervención en DME a nivel nacional |
| Asesoría para el diseño y estructuración del PVE de riesgo Psicosocial | 1632 | Asesoría y asistencia técnica permanente en el PVE de riesgo Psicosocial en Bogotá y nivel nacional. |

| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

IMPACTO GESTIÓN PREVENTIVA 2020

PVE para la prevención de DME con asesoría por proyecto.

| ACTIVIDADES | COBERTURA |
|---|--|
| Actividades en general: | 132 actividades, seguimiento, matriz de PVE, matrices, seguimiento resultados encuesta SIMONE, elaboración documentos técnicos, casos con sintomatología, talleres, talleres, seguimiento aumento de confort entre 2 años. |
| Número de inspecciones de puerto: | 104 puertos |
| Seguimiento a recomendaciones técnicas: | 4 seguimientos |
| Realización de piezas comunicativas: | A necesidad |

IMPACTO GESTIÓN PREVENTIVA 2020

PVE de Riesgo Psicosocial:

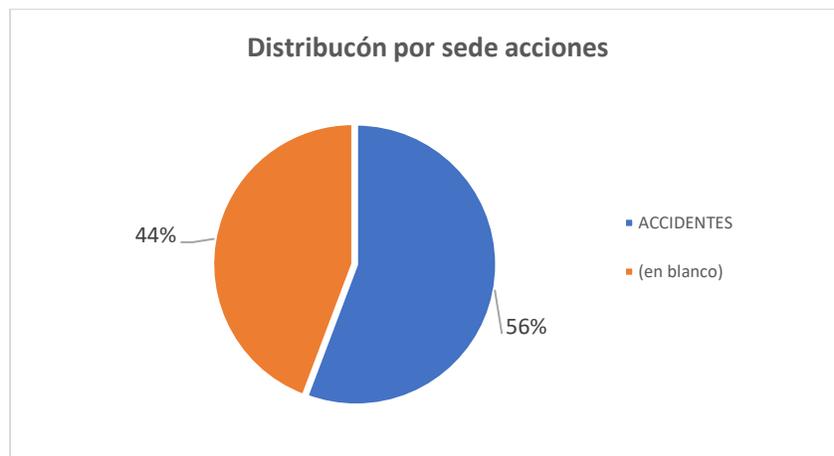
| ACTIVIDADES | COBERTURA |
|---|--|
| Asesoría Colaboradores con sintomatología de estrés. | 764 Trabajadores |
| Escuelas de salud Integrales (DME y Psicosocial | 1119 Trabajadores a nivel nacional |
| Tele orientaciones | 131 Trabajadores |
| Taller Apapachoa (Acompañamiento psicológico en época de aislamiento) | 683 Trabajadores. 268 Bogotá. 415 nivel nacional |
| Realización de piezas comunicativas | A necesidad. |

i) Estado de las investigaciones de incidentes, acciones correctivas y preventivas.

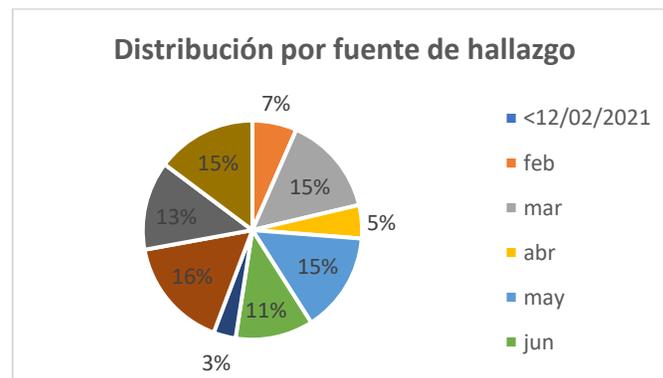
A septiembre de 2021, incluyendo el periodo de 2020, se tienen un total de 61 acciones correctivas implementadas, donde el 46% (28), corresponde a Bogotá nivel central y DT:

| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

| Etiquetas de fila | Cuenta de No |
|----------------------------|--------------|
| POPAYAN - CAUCA | 4 |
| VILLAVICENCIO - META | 4 |
| FLORENCIA - CAQUETA | 5 |
| CALI - VALLE | 5 |
| RIOHACHA - CESAR Y GUAJIRA | 7 |
| APARTADÓ - ANTIOQUIA | 8 |
| BOGOTA - CENTRAL | 28 |
| Total, general | 61 |



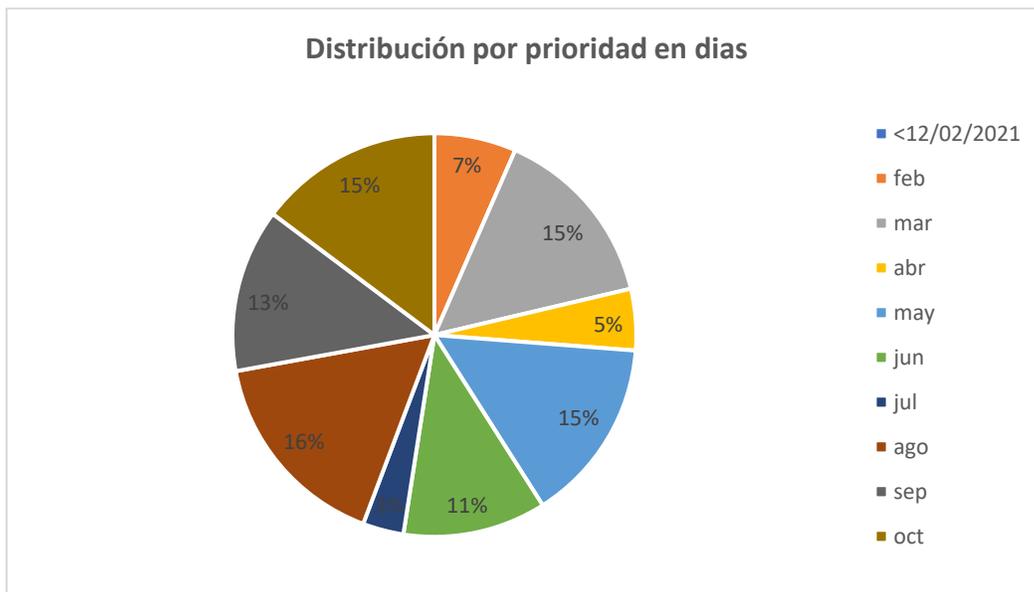
Con respecto a la fuente de hallazgo, se observa que el 65% está relacionado con accidentes laborales (periodos: 2do semestre de 2019, y total para 2020 y 2021). Le siguen reportes de inspecciones con un 20% y finalmente, incidentes reportados con un 15%.



| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

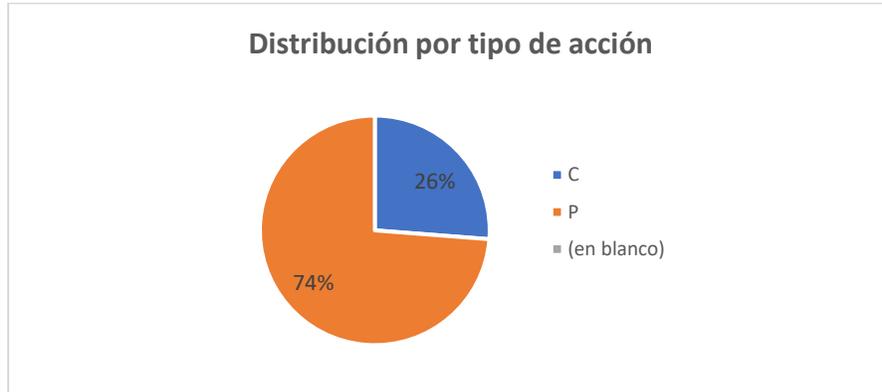
| Etiquetas de fila | Cuenta de No |
|--------------------------|---------------------|
| ACCIDENTES | 40 |
| INCIDENTE | 9 |
| INSPECCIONES INTERNAS | 12 |
| Total, general | 61 |

Se encuentra, además, que la prioridad de respuesta en la acción es de 60 días con el 39%, seguido de 31 y 30 días con un 10%.



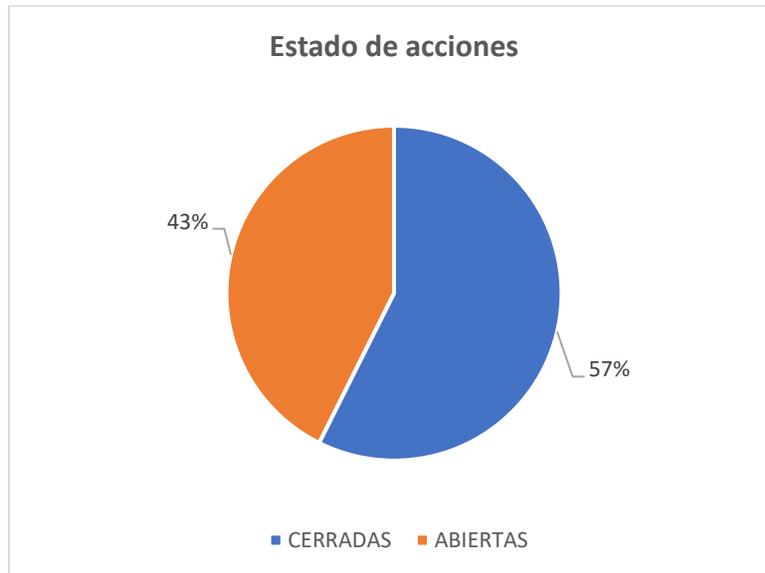
En la distribución por tipo de acción, se encuentra que el 74% corresponde a 45 preventivas y el restante 26% a 16 acciones correctivas.

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|---|--|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |



| Etiquetas de fila | Cuenta de No |
|-----------------------|--------------|
| C | 16 |
| P | 45 |
| (en blanco) | |
| Total, general | 61 |

Finalmente, a la fecha, se ha logrado la gestión y cierre del 57% de las acciones, correspondiente a 35, quedando el 43% que equivale a 26 acciones.



| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

j) Tendencia de desempeño de proveedores.

Realizado el evento de la Revisión por la Dirección, se evidenciaron los siguientes aportes para ser incluirlo como oportunidades de mejora para el Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo:

1. Respaldo al COPASST y fortalecer las brigadas de las Direcciones Territoriales.
2. Programar simulacros para las DT al menos 2 programadas al año.
3. Asegurar identificación de peligros, evaluación de riesgos y planes de emergencia en Puntos de Atención y Centros Regionales, en articulación con autoridades locales.
4. Fortalecer e incrementar y cierre de las acciones correctivas, ya que el porcentaje de cumplimiento de estas tienen actualmente un cumplimiento del 57%.
5. Vincular y articular el COMR, información sobre riesgos, amenazas, daños a infraestructura en puntos de atención y centros regionales.
6. Fortalecer el sistema DT Santander, acciones de los COPASST involucrar a los coordinadores, defensa civil cursos de evacuación. Zona de conflicto en las acciones apartadas de las DTs.
7. Articulación y armonización de las acciones con la directriz nacional. Responsabilidad y roles diferencia de los entes territoriales, por medio de capacitaciones sobre el sistema SST.
8. Aumentar la participación de los comités de bienestar para los funcionarios.
9. Obtener mayor aporte de ARL y corredor de seguros.
10. Incrementar equipo SST en las DTS.
11. Incorporar a la agenda de la entidad cursis de inducción de naciones unidas.
12. Requieren inversión para el fortalecimiento enfocados a la ARL.

| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

13. Se requiere para el año 2022 recursos para los exámenes médicos ocupacionales de ingresos, retiro y periódicos para los funcionarios de la entidad, y para las campañas de salud en las DTs.
14. Fortalecer las brigadas de emergencias tanto como a nivel nacional como en las territoriales, donde se motive a los funcionarios a que participen de estas.
15. Realizar por lo menos 2 simulacros por año en cada una de los centros de atención y Direcciones territoriales.
16. Incrementar gestión y cierre de Acciones Correctivas, solo se lleva 57%.
17. El curso de inducción de Naciones Unidas, incorporarlo a la agenda de la entidad.
18. Continuar con capacitación en SST para todos los funcionarios y contratistas de la unidad.
19. Capacitación a los proveedores y estrechar los lazos para que estos participen o conozcan la misionalidad de la entidad y de los sistemas integrados de gestión.

k) Oportunidades de mejora.

RENDICIÓN DE CUENTAS. ADMONITRADORA DE RIESGOS LABORALES - ARL

- Logros: Estructura empresarial, acompañando todos los eventos que se hayan desarrollado, tanto médica como económicamente según aplique.
- Por medio de acompañamiento legal, apoyando la señalización e instalación de COVID, por medio de la estrategia COMUNICA.
- Acompañamiento en la virtualidad, emergencias en el hogar y el acompañamiento en simulaciones relacionadas en primeros auxilios, y en la sociabilización de los protocolos de COVID en conjunto con los planes de emergencia. Adicionalmente con el acompañamiento con la transición al retorno progresivo de las actividades a las oficinas presenciales.

| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

- Actualización de montacargas con el ánimo de mitigar futuros incidentes o peligros propios para la materialización de los riesgos del entorno propios de la actividad.

Acompañamiento, sensibilización, actividades en las prevención y socialización en los siguientes programas:

Enfoque de intervención en:

- PVE para la prevención de DME
- PVE de Riesgo Psicosocial.
- Seguridad Industrial
- Cuidado Emocional

Brigadas de Emergencias:

- Participación programa de capacitación en temas como primeros auxilios evacuación y rescate,
- Red contra incendio.
- Inspecciones mensuales.
- Apoyo a eventos y simulacros que se han realizado en las diferentes locaciones de la Unidad.
- Notificación al área SST frente a cualquier situación locativa que genere riesgos para los funcionarios.
- Socialización de la cantidad de Brigadistas en San Cayetano. 29 en totalidad.

COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO - COPASST

PROPUESTAS 2021

- Cumplimiento a la jornada laboral ordinaria y los reconocimientos de los descansos.
- Incentivos de los brigadistas con el ánimo de motivar a estos funcionarios.
- Dinámicas de trabajo con los COPASST Territoriales con unos resultados resolución 013 de 2021.
- Seguimiento al sistema de SST, rigurosos y exigentes con el aforo en la transición de la normalidad. Entendiendo que hay procesos que son indispensables que se desarrollen en HomeOffice.
- Sala de lactancia validando que sea utilizada con el objetivo correcto.
- Voluntad constante para encontrar soluciones y acciones de mejora, frente a las peticiones del COPASST y la alta dirección.

| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

- Compensación de tiempo por medio de tiempo remoto, donde cada jefe debería realizar seguimiento y darle cumplimiento de ese espacio.
- Conductas que constituyan acoso laboral, con el ánimo de poder impactar de manera positiva en el clima y el entorno laboral en los casos que estos se requieran.
- Fortalecer Brigadas.
- Respaldo a COPASST territoriales.
- Asegurar identificación de peligros, evaluación de riesgos y planes de emergencia en Puntos de Atención y Centros Regionales, en articulación con autoridades locales.
- Realizar 2 simulacros por año.
- Incrementar gestión y cierre de Acciones Correctivas, solo se lleva 57%.
- Vincular y articular el COMR, información sobre riesgos, amenazas, daños a infraestructura en puntos de atención y centros regionales.
- El curso de inducción de naciones unidas, incorporarlo a la agenda de la entidad.
- Continuar con capacitación en SST.
- Obtener mayor aporte de ARL y corredor de seguros.
- Incrementar equipo SST en las DTS

JEFE DE AREA

- Rendición de cuentas SST
- Prevalencia por enfermedad laboral / Ausentismo / resultado del ejercicio evaluación por ciclo.
- Cumplimiento de requisitos legales.
- Normograma.
- Resumen de ejecución presupuestal.
- ARL 235 486 288
- Con un total de 850 millones aproximadamente.
- Planes de emergencia con un cumplimiento del 85% de cumplimiento de acuerdo al cumplimiento de las actividades propuestas para el 2021.
- Investigación de incidentes acciones correctivas y preventivas.
- Gestión del 57 % de acciones.

| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD DE LA INFORMACION

a) Estado de las acciones de las revisiones por la dirección anterior.

El compromiso de la Revisión por la Dirección año 2020 referente a temas de Seguridad de la Información, las decisiones relacionadas con oportunidades de mejora y necesidades de cambio en el SGSI son atendidas por el PETI (Plan Estratégico de Tecnologías de Información) y en el Plan de Seguridad y Privacidad de la Información.

Adicionalmente, durante la revisión por la dirección de la vigencia 2020, se presentaron las siguientes brechas, para las cuales se han adelantado acciones de cierre:

| Compromisos de la Revisión por la Dirección 2020 | | |
|--|---|---|
| Compromiso | Evidencia | Desempeño |
| Identificar activos sensibles en términos de confidencialidad, integridad y disponibilidad | Durante la vigencia 2020 se identificaron 359 activos críticos, es decir sensibles en términos de confidencialidad, integridad y disponibilidad. Para la vigencia 2021, a corte de septiembre de 2021 se han identificado 562 activos críticos, los cuales durante el mes de octubre de 2021 se adelanta la oficialización de los mismos a través de la revisión y retroalimentación de la Oficina Asesora Jurídica, en lo que respecta al sustento legal de la clasificación de los activos. | 90% |
| Identificar riesgos de seguridad. | <p>Durante el año 2020 se identificaron 21 riesgos de seguridad de la información en los 18 procesos de la Entidad, en el marco de la metodología establecida por la Oficina Asesora de Planeación para dicha vigencia. Ver mapa de riesgos institucional</p> <p>Durante el año 2021, se ha avanzado en la identificación de nuevos riesgos de seguridad de la información, teniendo en cuenta la metodología actualizada por la Oficina Asesora de Planeación durante el mes de septiembre de 2021 y acogiendo los hallazgos identificados en la autoevaluación realizada en el SGSI durante el mes de julio de 2021. El avance se ha realizado en el proceso Gestión de la Información, el cual se ha priorizado para esta nueva iteración en la identificación de riesgos.</p> | Vigencia 2020: 100% Vigencia 2021: 5,56% |

| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

| | | |
|--|---|--------------|
| <p>Identificar controles existentes (SOA) (Riesgos) (Instrumento MinTIC);</p> | <p>Cada proceso de la Entidad, en el nivel central, ha identificado los riesgos relacionados con seguridad de la información en la vigencia 2020. Según la metodología utilizada, por cada riesgo se identifican los controles existentes que permiten la reducción del riesgo inherente, generando el nivel de riesgo residual.</p> <p>A corte septiembre de 2021, el equipo de seguridad de la Oficina de Tecnologías de la Información avanza en el diligenciamiento de la Declaración de Aplicabilidad de Controles, con base en el Anexo A de la Norma ISO/IEC 27001:2013. En el análisis realizado, se identifica que no hay exclusiones respecto a los 114 controles de dicha norma.</p> | <p>90%</p> |
| <p>Identificar e implementar nuevos controles requeridos en el marco de la gestión del riesgo.</p> | <p>En el marco del plan de tratamiento de riesgos de seguridad de la información 2020-2021, se identificaron 17 planes de tratamiento a riesgos priorizados para seguimiento, del total de 20 registrados en el mapa de riesgos institucional. De estos planes de tratamiento priorizados se registra el avance del 78,2% en la implementación a corte septiembre de 2021.</p> <p>Los planes de tratamiento que no han finalizado su implementación serán evaluados en la nueva iteración de identificación de riesgos de seguridad de la información, con base en la metodología de administración de riesgos actualizada en el mes de septiembre de 2021, lo cual permitirá identificar las acciones a adelantar.</p> | <p>78,2%</p> |

Por parte de la Alta Dirección, la Oficina de Tecnologías de la Información ha procedido al establecimiento de proyectos de mejora como resultado de las mesas de Gobierno a cargo del dominio de Arquitectura y Gobierno TI, los cuales se describen a continuación:

| | | | | |
|---|---|-------------|-------------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 262 de 295 |

| Plan Estratégicos de Tecnologías de la Información 2021 | | | | |
|--|---|---------------------------|---|--------|
| PROYECTO | Descripción | PROCESO RESPONSABLE | OPORTUNIDAD | AVANCE |
| Programa Arquitectura Empresarial | Evolución de la gestión de la UARIV integrando elementos tecnológicos de innovación que permitan desarrollar la capacidad de Servicios en la Unidad de manera Integrada y Consensuada a través de la Implementación de un modelo incremental. | Gestión de la Información | Mejorar la capacidad de Arquitectura Empresarial, para apoyar la toma de decisiones y solución de problemas de la Entidad, integrando los temas relevantes, entre ellos la seguridad de la información. | 59,9% |
| Implementación SGSI ISO-27001 | Incluye de manera general la Implementación del Sistema de Gestión de Seguridad de la información en el proceso de "Gestión de la Información", basado en la norma NTC ISO 27001:2013. | Gestión de la Información | Mejorar la capacidad del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información, fortaleciendo la disponibilidad, confidencialidad, integridad y el no repudio de la información manejada por la Entidad. | 56% |
| Gobierno de Nube | Análisis detallado de la información para realizar las acciones suficientes que permitan garantizar la operación de la infraestructura TI donde se garantice la disponibilidad, rendimiento, seguridad y con menores costos. | Gestión de la Información | Mejorar la disponibilidad y seguridad de la infraestructura que soporta la información y los servicios críticos de la Entidad, aplicando controles de ISO-27001 | 66% |
| Actualización Windows 10 en Territorio (contribuye a meta Mejora Servicios TI FII) | Actualización sistema operativo de equipos de cómputo a Windows 10, junto con la instalación del antivirus Windows Defender, en los equipos de las direcciones territoriales. | Gestión de la Información | Mejorar el desempeño y seguridad de los equipos de cómputo asignados a funcionarios y contratistas de la Entidad | 71% |
| Día de la tecnología | Planificación y realización de una jornada que facilite divulgar y generar apropiación en la UARIV, hacia las funcionalidades y beneficios de los componentes del portafolio PETI 2021. | Gestión de la Información | Contribuir al uso y apropiación de las tecnologías y seguridad de la información en la Entidad | 90% |

| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

b) Los cambios en las cuestiones externas e internas que sean pertinentes al SGSI.

Con base en proyectos adelantados en el Procesos de Gestión de la Información (Oficina de Tecnologías de la Información) y de acuerdo con el "Anexo A" de la ISO/IEC 27001:2013, así como de los cambios normativos, se tiene:

| Cuestiones | Internas | Externas | Cambios | Evidencia |
|---|----------|----------|--|---|
| Documento base para el dominio de la información, apoyado por el dominio de arquitectura empresarial. | X | | Soporta el funcionamiento del dominio definiendo reglas y políticas, de gobierno de seguridad de la información. Avance: 80% | Dominio de la Información V1.docx (sharepoint.com) |
| Migración a Windows 10 | X | | Migrar todos los equipos de la unidad a la plataforma Windows 10. Avance: 100% | https://unidadvictimas.sharepoint.com/:u/s/ISO270012013/EfcjgNL8S5lGg2P9m6SB854BYiM5vuI-A8DFajFFrPdpO?e=BVWS9D |
| Ingreso del fondo de reparación al aplicativo Aranda. | X | | Administración del área de ingreso del fondo de reparación de las víctimas al aplicativo Aranda. Atiende solicitudes de incidentes y requerimientos de la aplicación. Avance: 100% | Aranda Service Desk Web Edition (unidadvictimas.gov.co) |
| Se incluye en el PETI el proyecto de gobierno de nube. | X | | Acciones encaminadas a mejorar los niveles de seguridad de los componentes y servicios desplegados en el centro de datos de la nube pública. Avance: 60% | petiv6plantransformaciondigitaluariv2021_0.pdf (unidadvictimas.gov.co) |
| Carpeta ciudadana digital. | | X | Por el cual se subroga el título 17 de la parte 2 del libro 2 del Decreto 1078 de 2015, para reglamentarse parcialmente los artículos 53, 54, 60, 61 Y 64 de la Ley 1437 de 2011, los literales e, j y literal a del párrafo 2 del artículo 45 de la Ley 1753 de 2015, el numeral 3 del artículo 147 de la Ley 1955 de 2019, y el artículo 9 del Decreto 2106 de 2019, estableciendo los lineamientos generales en | Decreto 620 del 2 de mayo del 2020 |

| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

| Cuestiones | Internas | Externas | Cambios | Evidencia |
|------------------|----------|----------|---|--------------------------------|
| | | | el uso y operación de los servicios ciudadanos digitales. | |
| Ley anti-trámite | | X | Por medio de la cual se establecen disposiciones, transversales a la rama ejecutiva del nivel nacional y territorial y a los particulares que cumplan funciones públicas y10 administrativas, en relación con la racionalización de trámites y se dictan otras disposiciones. | Ley 2052 del 25 de agosto 2020 |

La Oficina de Tecnologías de la Información de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas ha identificado los factores externos e internos que son necesarios para el cumplimiento y el propósito que puede afectar la ejecución de los resultados.

En este sentido, el Sistema de Gestión de Seguridad de la Información de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas ha identificado las cuestiones Internas y Externas, que son necesarias para el cumplimiento y el propósito que puede afectar la directriz estratégica.

A continuación, presentan los cambios relacionados con los riesgos y oportunidades asociados al alcance del SGSI:

| RIESGOS/OPORTUNIDAD | Cambios o afectación al sistema (Positiva o negativa) | Descripción del Cambio y Evidencias |
|---|---|--|
| Cambio de metodología en la gestión de riesgos por parte de la Oficina Asesora de Planeación | Positiva | Se ajusta de acuerdo con la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas - Riesgos de gestión, corrupción y seguridad digital - Versión 5 - diciembre de 2020 Política de Administración de Riesgos Identificación de Riesgos Valoración de Riesgos Estrategia para combatir el riesgo Monitoreo y revisión |
| Apoyo de la alta Dirección | Positiva | Por parte de la Alta Dirección no ha apoyado para la implementación y certificación del SGSI |
| Virtualidad ocasionada por el trabajo remoto o en casa por causa de la contingencia sanitaria del COVID-19. | Positiva | Los funcionarios y contratistas de la Entidad, por causa de la contingencia sanitaria, adelanta |

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|---|--|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

| RIESGOS/OPORTUNIDAD | Cambios o afectación al sistema (Positiva o negativa) | Descripción del Cambio y Evidencias |
|---------------------|---|---|
| | | las labores de manera virtual con apoyo de las herramientas tecnológicas como Teams, fortaleciendo el uso y apropiación de las herramientas tecnológicas de la Entidad. |

c) Tendencia de la satisfacción del cliente y la retroalimentación de las partes interesadas pertinentes.

Tiempo de respuesta

| ¿CONSIDERA QUE EL TIEMPO DE SOLUCIÓN A SU SOLICITUD FUE? | | | | | | | |
|--|-----------|----------|-----------|-----------|------------|-----------|---------------|
| GRUPOS SOPORTE OTI | | | | | | | |
| Grupos de Especialistas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | En blanco | Total general |
| Nivel 1 - Mesa de Servicios_New | 5 | 2 | 6 | 11 | 111 | 1 | 136 |
| Nivel 2 - Soporte OTI Aplicaciones_New | 1 | 0 | 2 | 3 | 135 | 0 | 141 |
| Nivel 2 - Soporte OTI en Sitio_New | 4 | 5 | 6 | 33 | 33 | 0 | 81 |
| Nivel 2 - Telefonía | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| Nivel 3 - Soporte OTI Infraestructura, canales_New | 1 | 0 | 1 | 7 | 19 | 0 | 28 |
| Nivel 3 - Desarrollo OTI_New | 0 | 0 | 0 | 0 | 15 | 0 | 15 |
| Nivel 3 - Seguridad | 1 | 0 | 0 | 26 | 6 | 0 | 33 |
| Total general | 12 | 7 | 15 | 80 | 320 | 1 | 435 |

Sin considerar valoraciones 1 y 2, porcentaje de satisfacción general fue del **95.4%**.

Respecto a los casos relacionados con seguridad de la información, de los 33 registros de retroalimentación recibida, 32 (96,9%) tienen calificación entre 4 y 5.

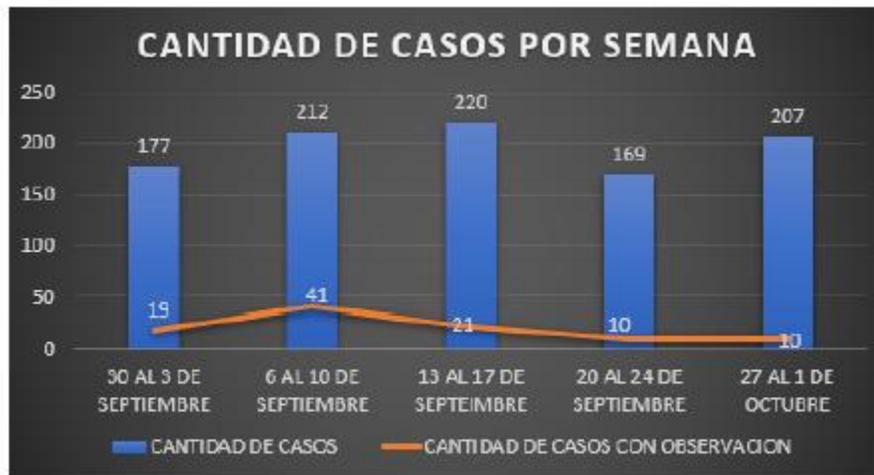
Satisfacción del Servicio

| En cuanto a satisfacción, ¿cómo califica el servicio recibido? | | | | | | | |
|--|----------|----------|-----------|-----------|------------|-----------|---------------|
| GRUPOS SOPORTE OTI | | | | | | | |
| Grupos de Especialistas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | En blanco | Total general |
| Nivel 1 - Mesa de Servicios_New | 5 | 1 | 2 | 13 | 113 | 2 | 136 |
| Nivel 2 - Soporte OTI Aplicaciones_New | 0 | 1 | 1 | 3 | 136 | 0 | 141 |
| Nivel 2 - Soporte OTI en Sitio_New | 2 | 5 | 4 | 26 | 44 | 0 | 81 |
| Nivel 2 - Telefonía | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| Nivel 2 - Soporte OTI Infraestructura, canales_New | 1 | 0 | 2 | 6 | 19 | 0 | 28 |
| Nivel 3 - Desarrollo OTI_New | 0 | 0 | 0 | 0 | 15 | 0 | 15 |
| Nivel 3 - Seguridad | 1 | 0 | 1 | 25 | 6 | 0 | 33 |
| Total general | 9 | 7 | 10 | 73 | 334 | 2 | 435 |

Sin considerar valoraciones 1 y 2, porcentajes de satisfacción de la Oficina en cuanto al soporte suministrado fue del **95.86%**

| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

Respecto a los casos relacionados con seguridad de la información, de los 33 registros de retroalimentación recibida, 31 (93,9%) tienen calificación entre 4 y 5.



Se exponen los casos pendientes de solución con fecha de corte del 13/10/2021.

Socialización de buenas practicas de Seguridad de la Información a los usuarios.

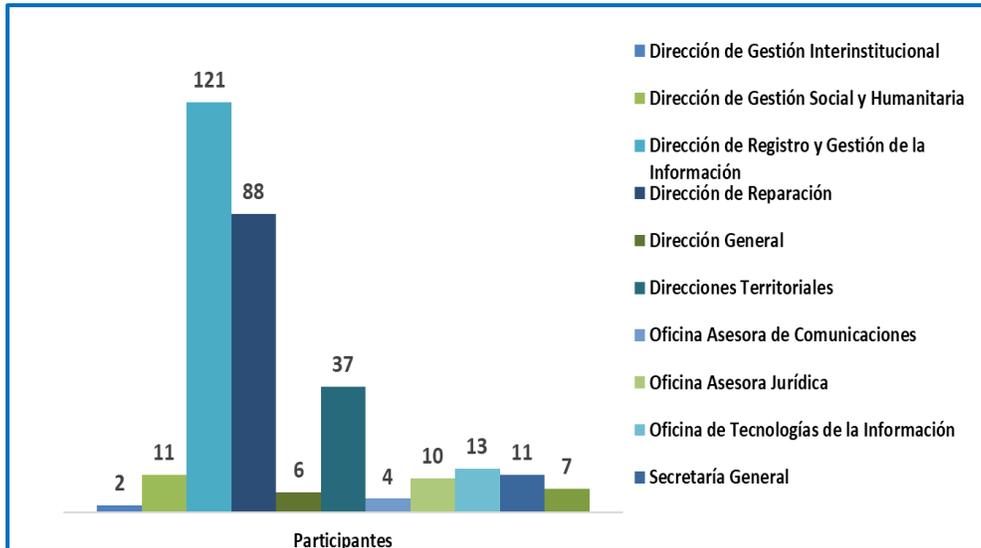
En el mes de **septiembre de 2020**, se realizó la charla sensibilización y buenas prácticas a funcionarios, contratistas y operadores de la Unidad.

Asistentes que registraron encuesta: **310**

En el mes de **septiembre de 2021**, se realizó la charla sensibilización y buenas prácticas a funcionarios, contratistas y operadores de la Unidad.

Asistentes que registraron encuesta: **295**

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|--|-------------|-------------------|-------------------|
| PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 267 de 295 |



Participación usuarios 2020



Participación usuarios 2021

| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

d) El grado en que se han logrado los objetivos.

El Sistema de Gestión de Seguridad de la Información de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, ha logrado que a través del objetivo de Seguridad se pueda medir por medio de un indicador para tener un grado de madurez de los objetivos. ([Indicador Objetivos SGSI](#)).

| Objetivo | % de Avance del Objetivo | Actividad | Id Indicador | Indicador | % de Avance de los indicadores | Descripción del Avance y Evidencias | Oportunidad de Mejora |
|--|--------------------------|---|--------------|--|--------------------------------|---|---|
| Proteger la información y sistemas de información, según estándares que salvaguarden la confidencialidad, integridad y disponibilidad, de los activos de la Entidad. | 76,60% | Identificar, valorar, definir plan de tratamiento y realizar seguimiento de riesgos de activos | A-1 | No. De Riesgos con nivel de riesgo residual bajo/Total de Riesgos identificados | 80 % | Se evidencia el correspondiente seguimiento y verificación al cumplimiento de los planes de tratamiento al riesgo de seguridad de la información, en el marco de la metodología para la administración de riesgos definida por la Unidad para la Atención y la Reparación Integral a las Víctimas Evidencia: | Identificar y actualizar los planes de tratamiento al riesgo de seguridad a los procesos. |
| | | Gestionar la identificación y clasificación de activos de información | A-2 | No de Activos críticos con nivel riesgo residual Bajo /No. de Activos Críticos | 72 % | Revisión y aprobación por parte de la OAJ, al inventario de activos de información actualizado a octubre del 2021 con el apoyo de los Enlaces SIG de los diferentes procesos de la Entidad. Evidencia: | Actualizar por parte de los procesos el inventario de activos de información. |
| | | Identificar, valorar, definir plan de tratamiento y realizar seguimiento de riesgos de activos críticos | A-3 | No. Planes de tratamiento cerrados a conformidad al cierre de la vigencia /No. Planes de tratamiento | 78% | Revisión y aprobación por parte de la OAJ, al inventario de activos de información actualizado a octubre del 2021 con el apoyo de los Enlaces SIG de los diferentes procesos de la Entidad. Evidencia: | Actualizar por parte de los procesos el inventario de activos de información. |
| Implementar los controles de seguridad de la información, para mitigar, | 67,1% | Realizar seguimiento a la implementación | B-1 | Promedio efectividad de controles del Instrumento | 67,1% | Diligenciamiento y actualización de la declaración de aplicabilidad SOA. Evidencia | Actualizar el instrumento del Modelo de |

| | | | | |
|---|---|-------------|-------------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 269 de 295 |

| Objetivo | % de Avance del Objetivo | Actividad | Id Indicador | Indicador | % de Avance de los indicadores | Descripción del Avance y Evidencias | Oportunidad de Mejora |
|--|--------------------------|---|--------------|---|--------------------------------|---|--|
| reducir o eliminar la divulgación, pérdida o modificación no controlada de los activos de la Entidad. | | acción del MSPI | | MSPI del MinTIC | | | Seguridad y Privacidad de la Información - MSPI |
| Realizar seguimiento a los eventos e incidentes de seguridad, para obtener lecciones aprendidas y mejorar periódicamente el sistema de gestión de Seguridad de la Información. | 68,43% | Realizar la atención y seguimiento a los eventos e incidentes de seguridad de la información | C-1 | Suma de vulnerabilidades gestionadas y solucionadas / Suma de vulnerabilidades prioritizadas remitidas a los dominios | 85,7% | Se realiza informe mensual del seguimiento a los eventos e incidentes de seguridad a través de la mesa de servicios. Evidencia | Realizar análisis de vulnerabilidades técnicas a sistemas de información que se prioricen. |
| | | Realizar el registro de tickets a través de la mesa de servicios tecnológicos, escalado al equipo de seguridad. | C-2 | Número de tickets de mesa de servicios tecnológicos de seguridad resueltos / Número de tickets de mesa de servicios tecnológicos escalados al equipo de seguridad | 100% | Plano de indicadores a través de la mesa de servicios. Evidencia | Realizar actualización de riesgos y fortalecer los planes de tratamiento |
| | | Reportar los eventos de seguridad por parte de los colaboradores. | C-3 | Número de eventos reportados por los colaboradores internamente/ Número de eventos Totales | 19,6% | Plano de indicadores a través de la mesa de servicios. Evidencia | Mantener actualizado el registro de eventos de seguridad de la información. |

| | | | | |
|---|---|-------------|-------------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 270 de 295 |

| Objetivo | % de Avance del Objetivo | Actividad | Id Indicador | Indicador | % de Avance de los indicadores | Descripción del Avance y Evidencias | Oportunidad de Mejora |
|--|--------------------------|---|--------------|--|--------------------------------|---|---|
| Promover, mantener y establecer la cultura en seguridad de la información en la Unidad para las Víctimas y partes interesadas. | 43,37% | Gestionar las actividades complementarias para el SGSI de la vigencia. | D-1 | Promedio Calificaciones Obtenidas en evaluaciones de Seguridad de la Información y Ciberseguridad | 83,2% | Se adjunta carpeta con todos los documentos para SGSI. Evidencia | Realizar sensibilizaciones de Seguridad adecuadas a nivel nacional y territorial |
| | | Gestionar las actividades complementarias para el SGSI de la vigencia. | D-2 | Número de participantes en campañas de concientización / Número de funcionarios y contratistas totales | 11,4% | Evaluación de la charla de seguridad de la información 2021. Evidencia | Formular el plan de sensibilización de seguridad de la información |
| | | Gestionar las actividades complementarias para el SGSI de la vigencia. | D-3 | Número de participantes del proceso gestión de la información en campañas de concientización / Número de funcionarios y contratistas totales | 35,5% | Informe de participación a la charla de seguridad por parte de funcionarios, contratistas del proceso. Evidencia | Formular el plan de sensibilización de seguridad de la información |
| Incrementar la disponibilidad de servicios de TI y de operación, a través del plan de continuidad de negocio. | 0 % | Gestionar el plan de continuidad de negocio | E-1 | No. Simulacros Exitosos en gestión de continuidad del negocio /No. simulacros en gestión de continuidad del negocio | 0 % | Creación de instructivos para: Análisis BIA. Plan de Contingencia Plan de Continuidad Evidencia: | Establecer actividades de continuidad en actividades críticas |
| Suministrar información confiable, íntegra, oportuna, accesible y de valor a la población Víctima. | 99,9% | Implementación de políticas de seguridad de la información a procesos, dependencias o líneas de trabajo | F-1 | Porcentaje de disponibilidad de la infraestructura tecnológica | 99,9% | Aprobación de Resolución para los lineamientos de seguridad y privacidad de la información por parte de comité de Gestión y Desempeño Evidencia: | Identificar brechas de cumplimiento de las políticas de seguridad de la información |

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|--|-------------|-------------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | | | |
| PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 271 de 295 |

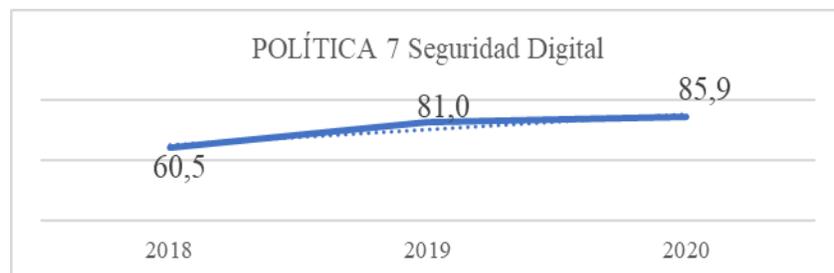
e) El desempeño de los procesos y conformidad de los productos y servicios.

I. Índice de Desempeño Institucional – MIPG

Con relación al indicador 21 de la política de gobierno digital evaluado el Departamento Administrativo de la Función Pública, a través del FURAG, se obtuvieron los siguientes resultados de desempeño:



Adicionalmente, en el marco del MIPG, la Unidad ha logrado el avance progresivo de la implementación de la estrategia de Seguridad Digital, a través de la política 7 “Seguridad digital”, de la siguiente manera:



El incremento en la mencionada medición se ha logrado a partir del establecimiento y ejecución del Plan de Seguridad y Privacidad de la Información 2019-2021, permitiendo la identificación y priorización de actividades que generan capacidades para la identificación, gestión y tratamiento de los riesgos de seguridad digital en la Entidad.

A continuación, se presenta el desempeño del plan de tratamiento de riesgos 2020 y 2021.

| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |



El avance en la implementación del plan de tratamiento de riesgos, a corte septiembre de 2021 se tasa en un 78%, generando entre otros, los siguientes resultados:

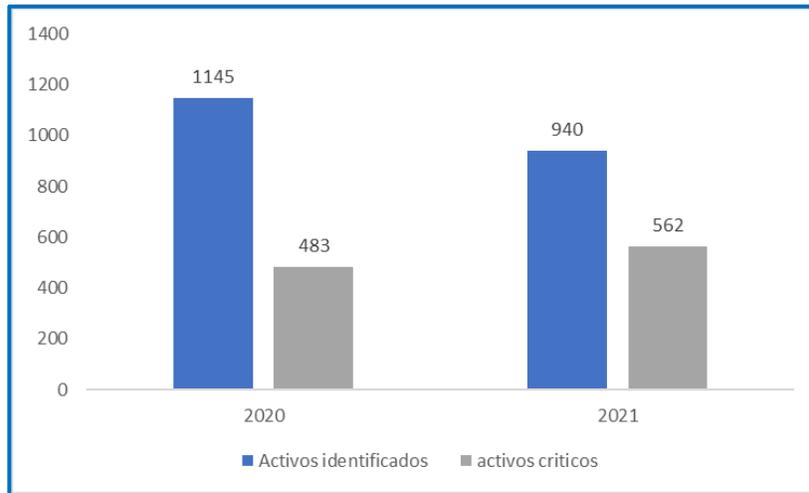
PT4 Plan de tratamiento al riesgo: Realizar un ejercicio de ingeniería social que a través de la modalidad de phishing controlado sensibilice a los usuarios de la Entidad., reportados, en SUMA

PT9 Plan de tratamiento al riesgo: Gestionar el respaldo de la información de las bases de datos críticas en OneDrive, servidor de archivos Totoro y/o SharePoint de la Oficina Asesora Jurídica

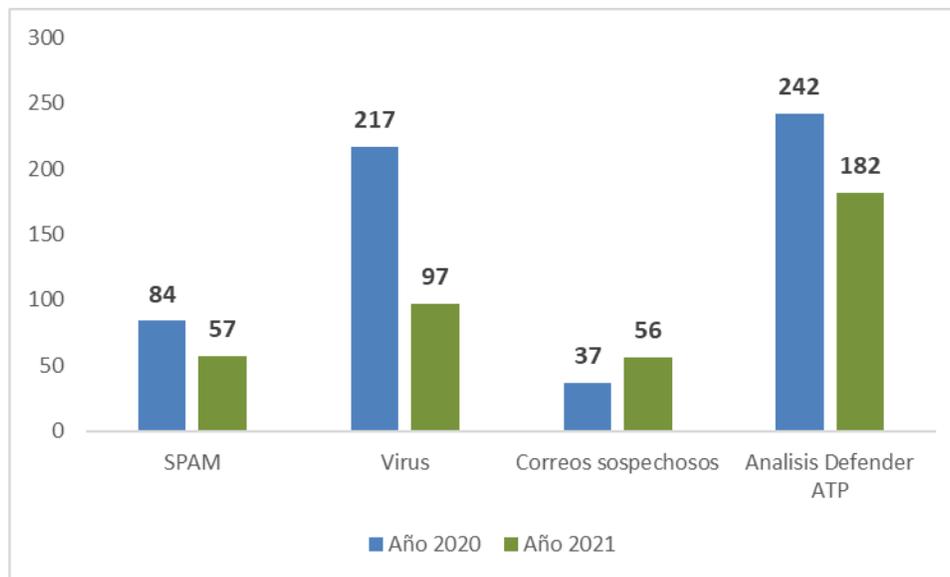
PT11 Plan de tratamiento al riesgo: Socializar al interior de cada proceso los productos presentados en el marco de los encuentros de enlaces SIG y/o los boletines o flash informativos que se generen en materia de seguridad de la información.

Adicionalmente, se presenta el incremento de activos críticos identificados en los diferentes procesos de la entidad, durante las vigencias 2020 y 2021:

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|---|--|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |



A continuación, se presentan los eventos de seguridad de la información, gestionados en el marco del SGSI durante las vigencias 2020 y 2021:



f) **Tendencia de las no conformidades y acciones correctivas.**

Como resultado de la evaluación del SGSI, en su primera revisión, se obtuvieron los siguientes resultados, los cuales servirán como referencia para establecer una línea base que permita realizar comparación en las mediciones futuras.

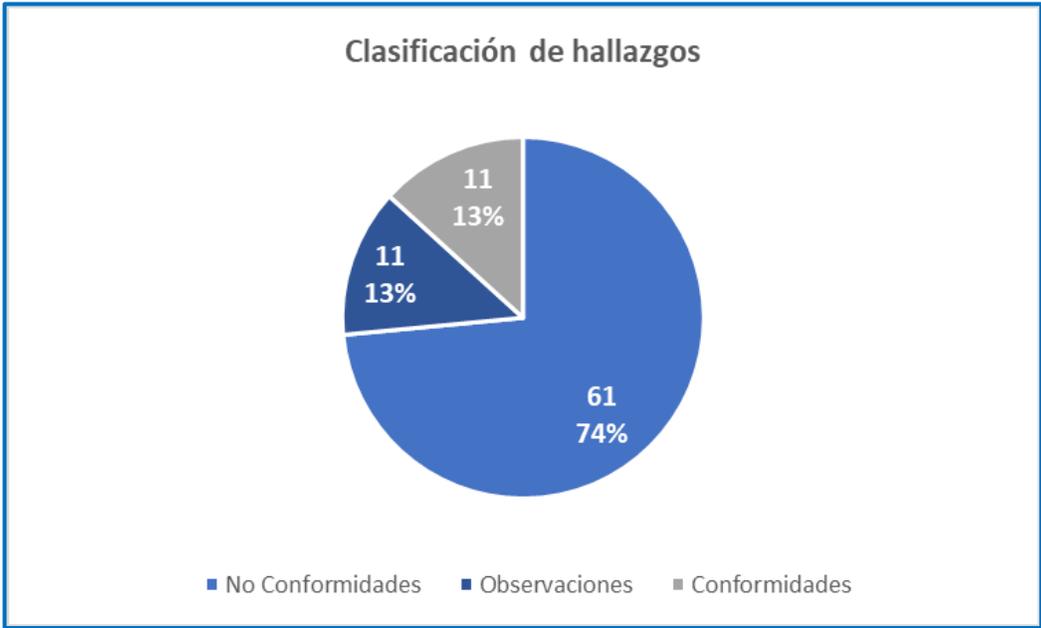
| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

Como resultado de la Auditoría Interna realizada por la OCI (Oficina de Control Interno), en el mes de mayo del presente año, generaron dos (2) observaciones, que son:

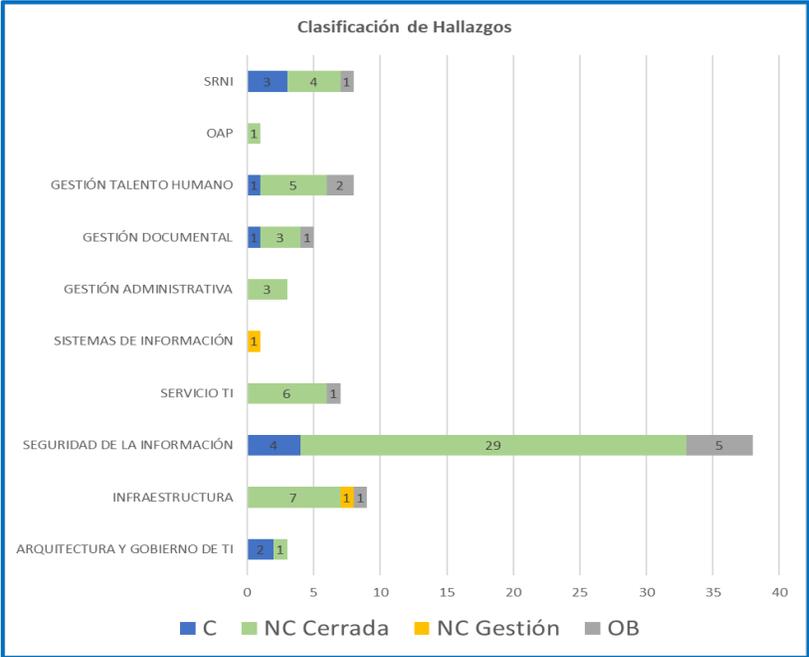
- Se observa que dentro del enlace del sistema integrado se encuentra información de todos los sistemas menos del sistema de la información. Esto sucede en el Proceso de Gestión de la Información asociado al sistema de gestión de seguridad de la información. Lo anterior se evidencia al verificar en la página web la política de seguridad, esta no es de fácil acceso, así como los principios de ingeniería de sistemas de seguros clausula A.14.2.5 y la política para proveedores clausula A 15.1.1., sin embargo, el equipo auditado informa que se encuentra aprobada la política por la Resolución 740 de 2014 y se ubicada en el link de transparencia y acceso a la información pública, por tal razón da a entender al equipo auditor que la información está dispersa y no se encuentra fácilmente, por lo cual es importante que esta se integre en un solo lugar. Por lo anterior se deben realizar prácticas de mejora continua para asegurar el cumplimiento del capítulo 5. Liderazgo, numeral 5.2 Política, numeral 5.2.1 Establecimiento de la política de Seguridad de la Información en la mejora del cumplimiento del literal c. Estar disponible para las partes interesadas, según sea apropiado.
- Se observa que se debe solicitar la actualización del formato de partes interesadas. Esto sucede en el proceso de gestión de la información asociado al sistema de gestión de seguridad de la información. Lo anterior se evidencia al preguntar por el formato de las partes interesadas, donde los auditados presentaron un documento con información actualizada el cual no se encuentra publicado en la página web. Por lo anterior se deben realizar prácticas de mejora continua para asegurar el cumplimiento del capítulo 7. Apoyo, numeral 7.5 Información documentada numeral 7.5.3 Control de la información documentada, mejora del cumplimiento del literal a Su disponibilidad y adecuación para su uso, donde y cuando se necesite.

Clasificación general de hallazgos – [Formulación Planes de Mejoramiento](#)

| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |



Clasificación de hallazgos por dominio de la Oficina TI y procesos de apoyo.



| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

Resultados de la Auditoria: De acuerdo con la autoevaluación realizada al Sistemas de Gestión de Seguridad de la Información, lo resultados fueron los siguientes:

| REQUISITO DE NORMA | NC | C | OB |
|--|-----------|----------|----------|
| 4.1 Contexto de la Organización | 2 | | |
| 4.2 Necesidades y expectativas de las partes interesadas | 1 | | |
| 4.3 Alcance del SGSI | 1 | | |
| 4.4 Sistema de gestión | 2 | | |
| 5.1 Liderazgo y compromiso | 1 | | |
| 5.2 Política del SGSI | 1 | | |
| 5.3 Roles, responsabilidades y autoridades del SGSI | | 1 | |
| 6.1 Planificación del SGSI | 6 | | |
| 6.2 Objetivos del SGSI | 2 | | |
| 7.1 Soporte | | 1 | |
| 7.2 Competencia | 1 | | |
| 7.3 Toma de conciencia | | 1 | 1 |
| 7.4 Comunicaciones | | 1 | |
| 7.5 Información documentada | | 1 | |
| 8.0 Control operacional | 2 | 1 | |
| 9.0 Evaluación de desempeño | 2 | 1 | 1 |
| 10. Mejora | 1 | 1 | |
| Total | 22 | 8 | 2 |

| Total Hallazgos | NC | C | OB |
|-----------------|-----------|-----------|-----------|
| 91 | 61 | 11 | 11 |

g) Tendencia de los resultados de seguimiento y medición.

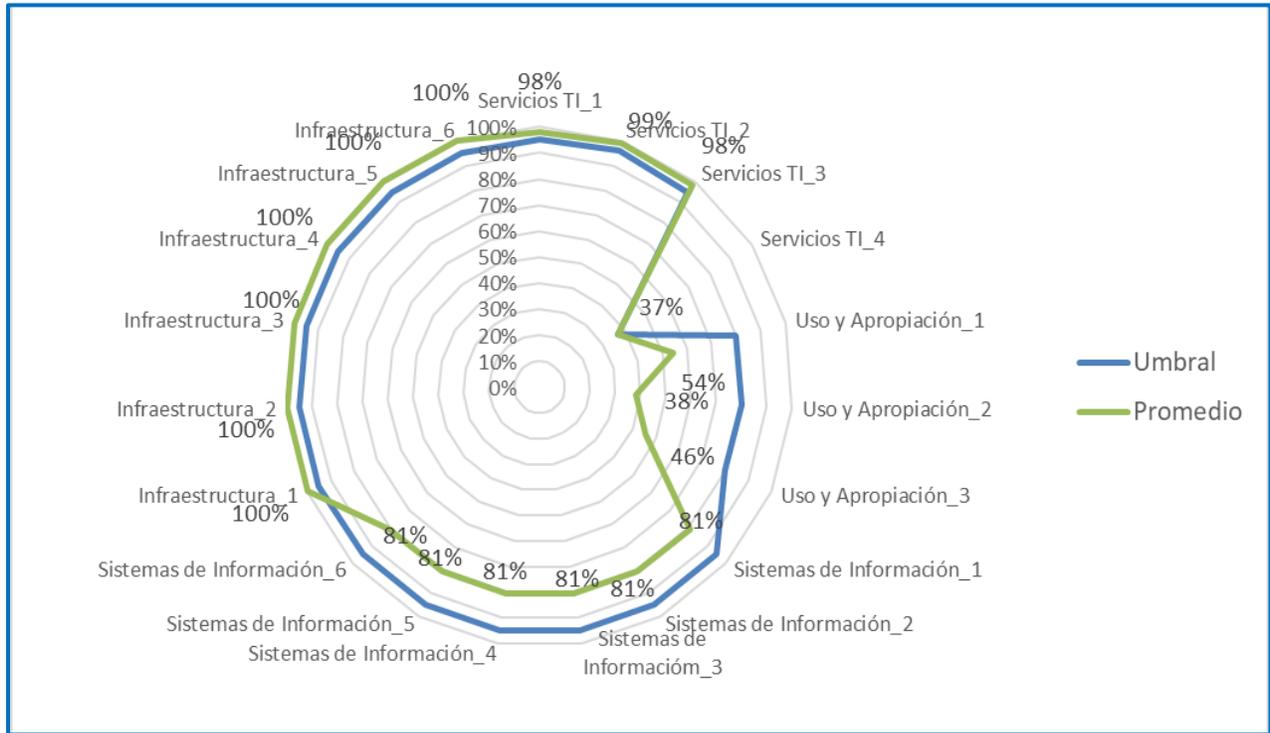
Para la medición de los Indicadores de Desempeño – KPI, cada uno de los Dominios de la Oficina TI, identifico las actividades y tareas específicas que realizan al interior del Dominio haciendo la medición a estas actividades mensualmente. En la siguiente tabla, se visualiza el indicador de medición de cada uno de los Dominios. ([Matriz Indicadores de Desempeño -KPI](#)).

| INDICADORES | KPI | Umbral | Promedio |
|----------------------------|--|--------|----------|
| Servicios TI_1 | Solicitudes solucionadas a tiempo/total de solicitudes solucionadas | 95% | 98% |
| Servicios TI_2 | Promedio de la Suma de Incidentes que no Cumplen ANS / Cantidad de equipos, de cada uno de servicios | 96% | 99% |
| Servicios TI_3 | Casos con calificaciones diferentes a 1 y 2 /total encuestas diligenciadas | 95% | 98% |
| Servicios TI_4 | Porcentaje de encuestas de Satisfacción diligenciadas al soporte tecnológico suministrado (encuestas diligenciadas/total casos solucionados en el mes) | 37% | 37% |
| Uso y Apropiación_1 | Adopción de TICs = Definición del Plan de Uso y Apropiación + Avance del Plan de Uso y Apropiación*50% | 80% | 54% |

| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

| INDICADORES | KPI | Umbral | Promedio |
|----------------------------------|--|--------|----------|
| Uso y Apropiación_2 | Satisfacción = (Nivel De Satisfacción + Porcentaje de Percepción de Mejora) / 2 (Nivel De Satisfacción - Porcentaje de Percepción de Mejora) | 80% | 38% |
| Uso y Apropiación_3 | Satisfacción = (Nivel De Satisfacción + Porcentaje Percepción de Mejora) / 2 | 80% | 46% |
| Sistemas de Información_1 | Seguimiento mensual a backlogs_ solicitudes de levantamiento /análisis/asignación de requerimientos solucionados a tiempo | 95% | 81% |
| Sistemas de Información_2 | Seguimiento mensual a nuevos requerimientos de impacto alto, solucionados a tiempo | 95% | 81% |
| Sistemas de Información_3 | Seguimiento backlogs mensual desarrollo/Done | 95% | 81% |
| Sistemas de Información_4 | Seguimiento backlogs mensual paso a pruebas /Done | 95% | 81% |
| Sistemas de Información_5 | Seguimiento backlogs mensual pruebas a tiempo/Done | 95% | 81% |
| Sistemas de Información_6 | Seguimiento mensual paso a producción en los tiempos establecidos | 95% | 81% |
| Infraestructura_1 | Cantidad de Despliegues realizados /cantidad de despliegues solicitados | 95% | 100% |
| Infraestructura_2 | Cantidad de scripts ejecutados /cantidad de scripts solicitados | 95% | 100% |
| Infraestructura_3 | Solicitud de Acceso a base de datos Otorgadas /Solicitud de Acceso A base de datos Solicitados | 95% | 100% |
| Infraestructura_4 | Cantidad de VPN´s creadas /cantidad de VPN´s solicitadas | 95% | 100% |
| Infraestructura_5 | Cantidad de Usuarios Creados /cantidad de solicitud de creación de usuarios | 95% | 100% |
| Infraestructura_6 | Cantidad de extensiones suministradas /Cantidad de extensiones telefónicas solicitadas | 95% | 100% |

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|---|--|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |



h) Tendencia de los resultados de las auditorías.

Al Sistema de Gestión de Seguridad de la Información en el proceso de Gestión de la Información de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, se realizaron dos auditorías iniciales para determinar el grado de cumplimiento de los requisitos del Anexo "A" – ISO/IEC 27001:2013.

1. Auditoría interna realizada por la Oficina de Control Interno - OCI:

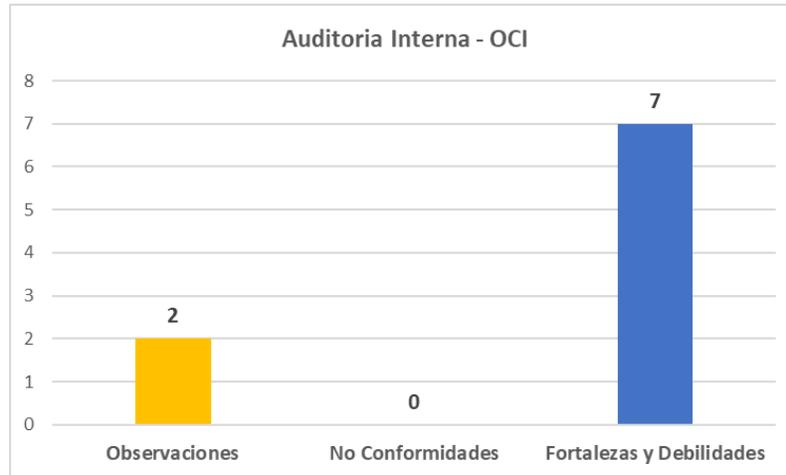
Fecha: mayo 14 de 2021

Informe de Auditoría: [Informe](#)

Resultados:

| | |
|--------------------------|----------|
| Observaciones | 2 |
| No Conformidades | 0 |
| Fortalezas y Debilidades | 7 |

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|---|--|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |



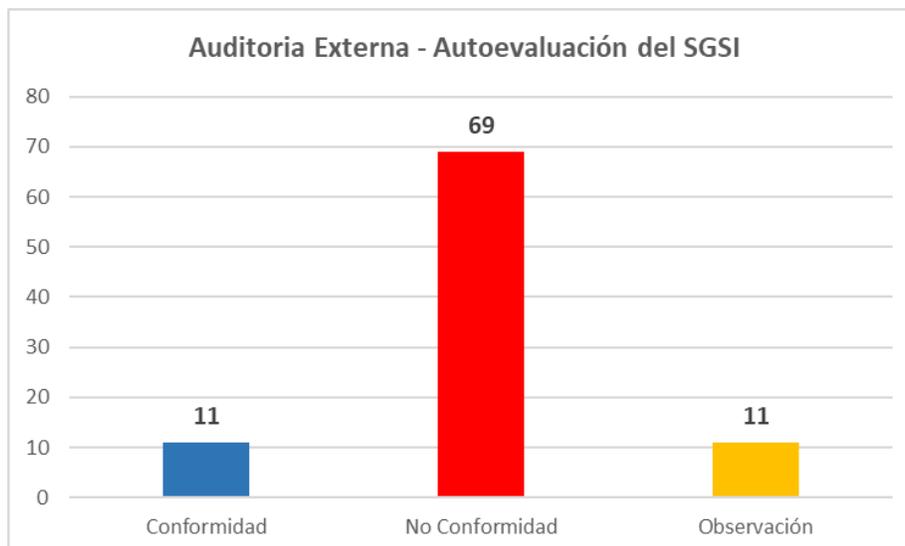
2. Se realizó auditoria (autoevaluación) de carácter externo para evaluar la conformidad del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información del proceso Gestión de la Información.

Fecha: Julio 21 de 2021

Informe de Auditoría: [Informe](#)

Resultados:

| | |
|----------------|-----------|
| Conformidad | 11 |
| No Conformidad | 69 |
| Observación | 11 |



| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

Como resultado de la auditoría externa (evaluación de conformidad) realizada al proceso de Gestión de la Información, se pudo establecer las siguientes conclusiones:

El Sistema Gestión de Seguridad de la Información presenta una estructura que permite articular los requisitos de la norma con las diferentes actividades del proceso.

Lo cual se puede establecer:

- La existencia de un Contexto que hace referencia a la identificación de cuestiones internas y externas, partes interesadas, alcance del SGSI, y los objetivos que están articulados a la dirección estratégica. [Contexto Estratégico](#)
- La estructuración de cinco (5) proyectos que están a cargo de Gobierno TI y el PETI. [PETI](#)
- La descripción de roles y responsabilidades del SGSI y el Contacto con Autoridades correspondiente al proceso de Gestión de la Información. [RACI](#) y [Contacto con Autoridades](#)
- La asignación de los recursos de carácter técnico, tecnológico, humano y financiero necesario para desempeñar las diferentes actividades del proceso en referente a seguridad de la información.
- La estructuración de la matriz de aplicabilidad (SOA) donde se puede evidenciar la aplicación de controles definidos en la norma ISO/IEC – 27001:2013 a los dominios de la Oficina de Tecnologías de la Información. [Matriz SOA](#)
- La identificación de los diferentes activos de información en el proceso Gestión de la Información. [Inventario de activos de información](#)
- Identificación de riesgos de seguridad de la información correspondiente al proceso gestión de la información, riesgos estratégicos y oportunidades. [Riesgos OTI SGSI](#)
 - Riesgos estratégicos SGSI. [Matriz GInformaciónv2](#)
- Generar Plan de tratamiento de riesgos conforme a la identificación, valoración y determinación del riesgo residual. (plan de tratamiento y acta firma por el dueño del proceso). (actas de aprobación y aceptación al riesgo – Helena

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|---|--|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

- El direccionamiento de los diferentes KPI's que permite evidenciar el desempeño de cada uno de los dominios y del SGSI. [Matriz de Desempeño - KPI](#)
- La existencia de procedimientos adecuados para la investigación de incidentes, plan de contingencia y continuidad de negocio.

[Protocolo de Incidentes](#)
[Instructivo Plan de Contingencia](#) e [Instructivo Plan de Continuidad](#)

- La existencia del normograma acorde a los requisitos legales de seguridad de la información vigentes. [Normograma](#). A continuación, muestra de cumplimiento de requisitos legales con relación al SGSI.

| <u>Requisito Legal</u> | <u>Artículo</u> | <u>Aplicación</u> | <u>Cumple</u> | <u>No cumple</u> | <u>Observación</u> |
|-------------------------|--|--|---------------|------------------|--------------------|
| Ley 1712 de 2014 | Artículo 12, con relación al esquema de publicación. Artículo 13. Registros de Activos de Información. Artículo 20. Índice de Información clasificada y reservada. | Desde Sistema de Gestión de seguridad de la información, se apoya con la publicación en la página Web de la Entidad, de los instrumentos: - Esquema de publicación - Registro de activos de información - Índice de información clasificada y reservada Lo anterior en el marco del procedimiento de Generación del Inventario de Activos de Información del proceso Gestión de la Información | X | | N/A |
| Ley 1581 de 2012 | Artículo 17. Deberes de los responsables del Tratamiento. | Desde el Sistema de Gestión de Seguridad de la Información, se apoya el cumplimiento de los siguientes deberes: a) Garantizar al Titular, en todo tiempo, el pleno | X | | N/A |

| | | | | |
|---|---|-------------|-------------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 282 de 295 |

| <u>Requisito Legal</u> | <u>Artículo</u> | <u>Aplicación</u> | <u>Cumple</u> | <u>No cumple</u> | <u>Observación</u> |
|---|---|--|---------------|------------------|--------------------|
| | | <p>y efectivo ejercicio del derecho de hábeas data d) Conservar la información bajo las condiciones de seguridad necesarias para impedir su adulteración, pérdida, consulta, uso o acceso no autorizado o fraudulento;</p> <p>Lo anterior, a través de la gestión de riesgos de seguridad de la información y la implementación progresiva de controles de seguridad</p> | | | |
| <p>Decreto 886 de 2014 Por el cual se reglamenta el artículo 25 de la Ley 1581 de 2012, relativo al Registro Nacional de Bases de Datos.</p> | Artículos 5, 6 y 7 | Registro de Bases de datos en el aplicativo dispuesto por la SIC | X | | N/A |
| <p>Decreto 1008 de 2018, "Por el cual se establecen los lineamientos generales de la política de Gobierno (...)”</p> | Artículo 2.2.9.1.4.1. Seguimiento y Evaluación. | Suministro de información a través del Formulario Único de Reporte de Avance en la Gestión - FURAG | X | | N/A |
| <p>Resolución 500 de 2021 del MinTIC, Por la cual se establecen los lineamientos y estándares para la estrategia de seguridad digital y se adopta el</p> | Artículo 5. La estrategia de seguridad digital | A través del plan de seguridad y privacidad de la información, actualizado en el comité Institucional de Gestión y Desempeño el 27 de Octubre de 2021 y el diligenciamiento del instructivo del Modelo de Seguridad y | X | | N/A |

| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

| Requisito Legal | Artículo | Aplicación | Cumple | No cumple | Observación |
|---|-----------------|---|---------------|------------------|--------------------|
| modelo de seguridad y privacidad como habilitador de la Política de Gobierno Digital. | | Privacidad de la Información del MinTIC | | | |

Nuevas normas: Requisito legal nuevo que aplica al Sistema de Gestión de Seguridad de la Información.

| Requisito Legal | Artículo | Aplicación | Cumple | No cumple | Observación |
|--------------------------|--------------------------------|---|---------------|------------------|--------------------|
| Directiva Presidencial 3 | Numeral 3 3. SEGURIDAD DIGITAL | Desde Sistema de Seguridad de la información se gestiona la implementación de los requisitos relacionados con seguridad digital | X | | N/A |

Otros Requisitos:

| Otros tipos de Requisitos (adoptados voluntariamente por el sistema) | Cumple | No cumple | Observación |
|---|---------------|------------------|---|
| ISO/IEC 27001:2013 | X | | La entidad adelanta la implementación con el objetivo de obtener la certificación del SGSI en el proceso de Gestión de la Información |

- La realización de autorías internas por parte de la OCI y profesional externo (autoevaluación de desempeño), los cuales generaron sus respectivos informes y su plan de tratamiento el cual se encuentran registrados en la matriz de "Plan de Mejoramiento" y en el aplicativo de SisGestión de Planeación.

[Consolidación Plan de Mejoramiento](#)

SisGestion: <http://sisgestion.unidadvictimas.gov.co>

i) Tendencia del desempeño de los proveedores externos. N/A

| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |



j) La adecuación de los recursos.

La adecuación de los recursos se realiza teniendo en cuenta el formato proporcionado por la OAP.

| DESCRIPCIÓN DEL RECURSO | TIPO DE RECURSO | | | | RECURSOS ASIGNADOS 2020 | RECURSOS ASIGNADOS 2021 | SUFICIENCIA | | NECESIDAD 2022 |
|-------------------------------------|-----------------|-----|-----|-----|--|--|-------------|----|--|
| | PER | INF | TEC | FIN | | | SI | NO | |
| Personal de prestación de servicios | X | | | | 3 profesionales en la modalidad de prestación servicios 2 profesionales a través del contratista – Personas jurídicas | 3 profesionales en la modalidad de prestación servicios 3 profesionales a través del contratista – Personas jurídicas | X | | Para la mejora continua del SGSI, el equipo de seguridad de la información puede ser fortalecido con recurso humano especialista en continuidad de operaciones (negocio) y |

| | | | | |
|---|---|-------------|-------------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 285 de 295 |

| DESCRIPCIÓN DEL RECURSO | TIPO DE RECURSO | | | | RECURSOS ASIGNADOS 2020 | RECURSOS ASIGNADOS 2021 | SUFICIENCIA | | NECESIDAD 2022 |
|---|-----------------|-----|-----|-----|--|--|-------------|----|--|
| | PER | INF | TEC | FIN | | | SI | NO | |
| | | | | | | | | | seguridad informática. |
| Herramientas análisis avanzadas de amenazas – Windows Defender ATP. | | | X | | Plataforma para la detección y gestión de amenazas cibernéticas | Plataforma para la detección y gestión de amenazas cibernéticas | X | | Contratar nuevamente el licenciamiento de la herramienta |
| Herramientas análisis avanzadas de amenazas – EMS | | | X | | Plataforma para el análisis de comportamiento s anómalos de usuarios en el directorio activo. Adicionalmente, permite el etiquetado de documentos. | Plataforma para el análisis de comportamientos anómalos de usuarios en el directorio activo. Adicionalmente, permite el etiquetado de documentos. | X | | Contratar nuevamente el licenciamiento de la herramienta |
| Nube publica Azure | | | X | | La infraestructura como servicio contratado por la Unidad ha permitido disponer de servidores por demanda con capacidad elástica de procesamiento y almacenamiento | La infraestructura como servicio contratado por la Unidad ha permitido disponer de servidores por demanda con capacidad elástica de procesamiento y almacenamiento | X | | Continuar con el servicio de nube pública de Azure |

k) Riesgos estratégicos y oportunidades de mejora.

Por parte de la Oficina de tecnologías de la información se ha procedido al establecimiento de proyectos de mejora como resultado de las mesas de gobierno los cuales se describen a continuación y están a cargo del dominio de Gobierno TI.

| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

Oportunidades

| <u>Oportunidad</u> | <u>Fuente</u> | <u>Actividades Realizadas</u> | <u>Actividades Pendientes</u> |
|---|----------------------------------|--|---|
| Articulación con entidades públicas para la gestión del aseguramiento de la información de la Unidad. | Instrumento Contexto Procesos | Capacitación de aseguramiento por entidades privadas. | Participación en actividades con entidades públicas. |
| Uso y aprovechamientos de herramientas tecnológicas colaborativas de la Unidad. Mejora en la medición de desempeño (MIPG) de la Entidad, ocasionada por la implementación progresiva de los lineamientos de seguridad. | Instrumento Contexto Procesos | Seguimiento trimestral a nivel central y territorial del uso de la herramienta Onedrive. | Realizar próximo seguimiento a esta herramienta colaborativa. |
| Incrementar la disponibilidad de la información y sistemas de información con base en la capacidad técnica del tercero para la custodia de información de la población Víctima. | Instrumento Contexto Procesos | Aprovechamiento de las herramientas tecnológicas para la custodia de la información de las Víctimas. | Continuar con el servicio con el proveedor. |
| Certificación del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información con base en la norma ISO/IEC 27001:2013 | Instrumento Contexto Procesos | Diferentes actividades de implementación del SGSI. | Auditoría para certificación del SGSI. |
| Socialización o capacitaciones por parte de MINTIC. | Instrumento Contexto Procesos | Participar de las capacitaciones por parte del MinTic. | Asistir a las capacitaciones enviadas por MinTic. |

Riesgos Estratégicos

| RIESGOS/OPORTUNIDAD | Cambios o afectación al sistema (Positiva o negativa) | Descripción del Cambio y Evidencias |
|--|--|--|
| Indisponibilidad y/o pérdida y/o modificación no controlada de la información almacenada en sistemas de información considerados críticos y que son custodiados por la oficina de tecnologías de la información. | Negativa | Implementar el procedimiento de gestión de incidentes, creación de no conformidades y escalamiento a las autoridades competentes si aplica |
| Pérdida de Confidencialidad y/o Disponibilidad y/o Integridad por hurto o daño de equipos y/o | Negativa | Realizar la investigación que permita diagnosticar la causa y tomar acción inmediata |

| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

| RIESGOS/OPORTUNIDAD | Cambios o afectación al sistema (Positiva o negativa) | Descripción del Cambio y Evidencias |
|---|--|---|
| Unidades de almacenamiento extraíbles en los que se almacene información sensible en texto claro, es decir no cifrado, fuera de las instalaciones de la Entidad. | | técnica, judicial o administrativa para corregir la situación. |
| Divulgación, modificación, extracción y/o destrucción de manera accidental y/o deliberada de la información de gestión por parte del personal (recurso humano) del proceso, que es considerada crítica para la operación. | Negativa | Realizar la investigación que permita diagnosticar la causa y tomar acción inmediata técnica, judicial o administrativa para corregir la situación. |

| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL Y ARCHIVO

1. Aspectos Generales

Contar con la aprobación del Sistema de Gestión Documental y Archivo, representa para la Unidad una herramienta fundamental para lograr, que a nivel nacional y en las Direcciones Territoriales se comprenda la importancia estratégica de la Gestión documental y se asuma la responsabilidad que como funcionarios, contratistas y colaboradores tenemos frente a los archivos.

Teniendo en cuenta lo anterior, desde el Grupo de Gestión Administrativa y documental venimos trabajando en estrategias que nos permitan incidir en la transformación de la cultura institucional, le apostamos a iniciar la implementación del sistema sensibilizando a los equipos de trabajo frente a la naturaleza de nuestros archivos, unos archivos que dan cuenta de las graves y manifiestas violaciones a los Derechos Humanos e Infracciones al Derecho Internacional Humanitario, ocurridas en el marco del conflicto armado colombiano, se trata entonces, de que comprendamos que bajo nuestra responsabilidad tenemos unos archivos que se configuran en patrimonio histórico y son un aporte a la memoria historia, la construcción de la paz y la reconciliación en Colombia.

Los archivos en la ley 1448 de 2011.

Con el propósito de salvaguardar los archivos producidos en el marco de la implementación de la Política de Atención, Asistencia y Reparación Integral, la ley 1448 de 2011, estableció el deber de memoria del Estado, como un elemento fundamental de la política, planteamiento este que encontramos en los artículos 143 y 144 de la ley.

El artículo 143 establece el deber de Memoria del Estado, el cual según esta disposición se traduce en propiciar las garantías y condiciones necesarias para que la sociedad, a través de sus diferentes expresiones tales como víctimas, academia, centros de pensamiento, organizaciones sociales, organizaciones de víctimas y de derechos humanos, así como los organismos del Estado que cuenten con competencia, autonomía y recursos, puedan avanzar en ejercicios de reconstrucción

| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

de memoria como aporte a la realización del derecho a la verdad del que son titulares las víctimas y la sociedad en su conjunto.¹

En cumplimiento de lo establecido en la norma, el Archivo General de la Nación y el Centro Nacional de Memoria Histórica promulgaron el protocolo de gestión documental de los archivos derivados de las graves y manifiestas violaciones a los DDHH e infracciones al DIH, adoptado mediante la Resolución 031 de 2017.

Los archivos en la Unidad para las víctimas

Los archivos bajo la responsabilidad de la Unidad para las Víctimas, en su mayoría son archivos derivados de las graves violaciones a los DDHH e infracciones al DIH, y éstos se constituyen en un elemento fundamental para la memoria histórica, en ellos, está la voz de las víctimas, una voz que da cuenta de las diferentes verdades respecto de lo que ocurrió, del daño que generó individual y colectivamente, de la afectación a la institucionalidad y el impacto en la sociedad en general, así mismo nuestros archivos dan cuenta de los procesos de resistencia de las víctimas, de las exigencias que han hecho al estado y la respuesta que éste ha dado.

Teniendo en consideración lo anterior, y en cumplimiento de los lineamientos establecidos por el Archivo General de la Nación y el Centro de Memoria Histórica, el Historial de Víctimas adoptado por la Unidad, para la organización de los archivos misionales, servirá como herramienta unificadora que facilitará la respuesta oportuna a las víctimas y a las autoridades judiciales, pues bajo un solo formato se consolidará la información de la víctima y del estado actual de su acceso a las medidas de atención, asistencia y reparación integral previstas por la Ley 1448 de 2011. Será un instrumento que contribuirá a evitar consultas innecesarias en las múltiples herramientas donde actualmente se encuentra distribuida dicha información. Con el historial de víctima, se podrá dar cuenta de manera organizada y eficiente de la información que en términos de memoria historia está contenida en los archivos de la entidad, garantizando así la protección, valoración, acceso y uso de los archivos.

¹ Principios para la Protección y la Promoción de Derechos Humanos para combatir la Impunidad

En ese informe de L. Joinet se proclama, como derecho colectivo, el "Derecho a saber", entendiéndose por tal no sólo como el derecho individual que toda víctima o sus familiares tienen a conocer lo que ocurrió con ellas, que sería el simple derecho a la verdad, sino que, además, el "derecho a saber", dice Joinet, es también un derecho colectivo que hunde sus raíces en la historia, para evitar que puedan reproducirse en el futuro las violaciones. Implica tanto el derecho inalienable a la verdad (Principio 1) -la verdad acerca de los acontecimientos sucedidos y las circunstancias y los motivos que llevaron, mediante la violación masiva y sistemática de los derechos humanos, a la perpetración de crímenes aberrantes como el "deber de recordar"(Principio 2), que incumbe al Estado, a fin de protegerse contra esas tergiversaciones de la historia que llevan por nombre revisionismo y negacionismo. En efecto, el conocimiento por un pueblo de la historia de su opresión forma parte de su patrimonio y debe por ello conservarse.

| FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
|--|-------------|-------------------|-------------------|
| PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 290 de 295 |



2. Avances en la gestión.

2.1. Avance en la implementación del proceso de gestión documental.

Durante el 2021, el Grupo de Gestión Administrativa y Documental, viene avanzando de manera significativa en el logro de las metas planteadas para esta vigencia, a continuación presentamos los principales avances alcanzados en el desarrollo de los servicios de Radicación, correspondencia, Intervención de archivos y respuesta institucional.

- **Radición.** Se han radicado 731.190 documentos, los cuales se gestionaron de la siguiente manera:

| ITEM | TIPO DE RADICADOS | ENERO | FEBRERO | MARZO | ABRIL | MAYO | JUNIO | JULIO | AGOSTO | SEPTIEMBRE | OCTUBRE | TOTAL |
|-----------------------|--------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------|
| 1 | TUTELAS | 7.089 | 10.654 | 10.741 | 9.912 | 8.717 | 9.372 | 9.935 | 12.007 | 12.542 | 10.703 | 101.672 |
| 2 | DERECHOS DE PETICION | 43.254 | 55.815 | 57.575 | 45.658 | 42.312 | 44.342 | 49.282 | 56.643 | 45.879 | 36.990 | 477.750 |
| 3 | DERECHOS DE PETICION-ROC | 4.050 | 5.741 | 6.503 | 4.689 | 3.961 | 4.495 | 5.111 | 5.625 | 5.719 | 4.748 | 50.642 |
| 4 | MASIVOS | 1.910 | 2.884 | 3.016 | 2.421 | 2.709 | 2.978 | 2.651 | 2.419 | 3.194 | 3.836 | 28.018 |
| 5 | COMPLEMENTARIOS | 254 | 283 | 250 | 146 | 132 | 91 | 137 | 131 | 119 | 101 | 1.644 |
| 6 | RECURSOS | 708 | 1.098 | 1.654 | 906 | 1.046 | 872 | 889 | 1.024 | 1.191 | 1.085 | 10.473 |
| 7 | ADMINISTRATIVOS | 1.816 | 3.727 | 3.882 | 3.355 | 3.050 | 3.413 | 3.547 | 4.221 | 4.070 | 4.363 | 35.444 |
| 8 | CUENTAS DE COBRO | 71 | 1.035 | 2.271 | 1.608 | 1.574 | 1.462 | 1.667 | 1.544 | 1.526 | 1.421 | 14.179 |
| 9 | PERTENENCIAS | 516 | 854 | 922 | 850 | 943 | 979 | 1.074 | 1.003 | 946 | 876 | 8.963 |
| 10 | DIRIGIDOS A DT | 275 | 251 | 365 | 223 | 174 | 163 | 213 | 245 | 250 | 246 | 2.405 |
| TOTAL RADICADO | | 59.943 | 82.342 | 87.179 | 69.768 | 64.618 | 68.167 | 74.506 | 84.862 | 75.436 | 64.369 | 731.190 |

- **Correspondencia.** El servicio prestado asciende a la cifra de 4.288.231, los cuales se gestionaron de la siguiente manera:

| ITEM | SERVICIO | FEBRERO | MARZO | ABRIL | MAYO | JUNIO | JULIO | AGOSTO | SEPTIEMBRE | OCTUBRE | TOTAL |
|--------------|--------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|---------------|------------------|
| 1 | Correo Electronico Certificado | 97.274 | 88.658 | 85.956 | 116.436 | 91.773 | 89.029 | 92.290 | 77.998 | 76.518 | 815.932 |
| 2 | Correo Certificado Nacional | 67.341 | 25.960 | 29.472 | 86.710 | 29.039 | 35.900 | 22.936 | 25.208 | 16.766 | 339.332 |
| 3 | Encomienda Nacional | 194 | 471 | 538 | 282 | 136 | 123 | 155 | 293 | 13 | 2.205 |
| 4 | Corra | 173 | 298 | 223 | 160 | 164 | 229 | 200 | 285 | 164 | 1.896 |
| 5 | Paquetería | 123 | 233 | 168 | 117 | 125 | 210 | 140 | 168 | 54 | 1.338 |
| 6 | Transporte Especial | 10 | 7 | 15 | 1 | - | - | 2 | 3 | 4 | 42 |
| 7 | Paquetería Empresarial | - | - | 23 | - | - | - | - | - | - | 23 |
| TOTAL | | 165.115 | 115.627 | 116.395 | 203.706 | 121.237 | 125.491 | 115.723 | 103.955 | 93.519 | 1.160.768 |

- **Intervención del archivo.** Con la operación de este año se ha logrado avanzar en la intervención de 1118 metros lineales de los 1725 que se establecieron como meta. A continuación, el discriminado:

| | | | | |
|---|---|-------------|-------------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 | Página 291 de 295 |

| ÍTEM | DESCRIPCIÓN SERIE Y CONTRATO | ORDENACIÓN | | | | PROCESAMIENTO TECNOLÓGICO | | |
|------|--|------------|----------|-------------|-----------|---------------------------|-------------|-------------|
| | | CAJAS | CARPETAS | EXPEDIENTES | FOLIOS | IMÁGENES | FORMULARIOS | METROS LIN. |
| 1 | ML 1448 - Historiales de las Declaraciones Tipo Individual en Materia de Reparación de Víctimas - Contrato 1348-2021 | 4.750 | 36.432 | 248.031 | 3.234.154 | 3.403.646 | 265.569 | 1.188 |

- Gestor documental.** Se avanzó en la formulación de un proyecto para la gestión de documento electrónicos de archivo, el cual viene siendo implementado por Impretic en articulación con el GGAD. Con este proceso se permitirá garantizar la seguridad de la información, disponibilidad, autenticidad integridad y fiabilidad, así como la protección del patrimonio y difusión de la memoria, y se espera su entrada en funcionamiento en enero de 2022.
- Reconstrucciones.** Durante el año se identificaron 7.230 declaraciones a reconstruir, y se avanzó en 1.750 resoluciones de apertura.
- Consultas misionales.** Se atendieron 16.657 consultas durante el 2021, de las cuales 9176 fueron por correo electrónico, 2472 por SGV, y 2042 por LEX.

2.2. Avance en la implementación del Sistema de Gestión Documental y Archivo.

Para la vigencia 2021, el Grupo de Gestión documental definió un plan de implementación del sistema, integrado por 13 actividades, de las cuales 5 se han cumplido al 100%, 2 al 73%, 1 al 60%, 3 al 50%, y 1 al 20%.

Este plan de implementación ha permitido iniciar el proceso de preparación para la implementación del sistema, sin embargo, será el diagnóstico del sistema realizado a la luz de los requisitos de la ISO 30301, el insumo para avanzar en la formulación del plan de implementación del sistema y la preparación para la certificación, esto en razón a que estamos frente a un proceso fortalecido que nos permite avanzar en esta dirección.

Es importante destacar que, a nivel operativo, el grupo de gestión administrativa y documental cuenta con un equipo técnico consolidado, integrado por 5 archivistas, 1 ingeniero de sistemas y 2 abogadas, contándose con la capacidad técnica para cumplir con las metas establecidas.

Otro aspecto para destacar en la conformación de la mesa técnica del sistema de gestión documental, integrada por delegados de dependencias del nivel nacional y

| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

algunas direcciones territoriales, este espacio es liderado por Planeación y el equipo implementador.

En el marco de la mesa se avanzó en la realización del diagnóstico del sistema, como resultado de este ejercicio se avanzó en la revisión del cumplimiento de los requisitos contemplados en los numerales 4 al 10 de la norma.

A continuación, se relaciona el porcentaje de avance en cada uno de los numerales:

| | |
|--|-------------|
| AVANCE EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL 44% | |
| <u>CUMPLIMIENTO POR REQUISITOS</u> | |
| 4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN | 44 % |
| 5. LIDERAZGO | 63 % |
| 6. PLANIFICACIÓN | 50 % |
| 7. APOYO | 50 % |
| 8. OPERACIÓN | 46 % |
| 9. EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO | 9 % |
| 10. MEJORA | 57 % |

El porcentaje de implementación de la norma es alto, si se tiene en consideración que se trata del primer año de implementación. Es importante destacar que el seguimiento que se hace al proceso de gestión documental en el marco de la implementación del sistema de gestión de calidad ha contribuido al fortalecimiento del sistema de gestión documental, lo cual nos permite contar con un importante acumulado que favorecerá el proceso de certificación ISO 30301 que nos hemos planteado como meta 2022.

Proyecciones 2022

- Posicionar ante la alta dirección el sistema de gestión documental y archivos.
- Planear e implementar el proceso de certificación ISO 30301.
- Gestionar y lograr la realización de un curso en norma ISO 30301, para contar con personal certificado en la norma de cara a las auditorías.
- Promover el intercambio de experiencias con entidades del SNARIV

| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

- Contar con una estrategia pedagógica y de comunicación que promueva la sensibilización y construcción de acuerdos que faciliten el posicionamiento del sistema al interior de la Unidad.
- Formular y cumplir el plan de implementación del sistema 2022.
- Fortalecer la estrategia de acompañamiento técnico del grupo de gestión documental a todas las dependencias de la Unidad.
- Consolidar la mesa técnica del sistema de gestión documental.

Retos en la implementación del sistema

- Implementar el Sistema de Gestión Documental y Archivo.
- Lograr la certificación ISO 30301.
- Contar con los recursos necesarios para implementar el sistema.
- Contar con el equipo técnico necesario para liderar la implementación del sistema y el proceso de certificación.
- Lograr que todos los servidores públicos y colaboradores comprendan la importancia de la Gestión Documental, el valor de los archivos de DDHH y su aporte a la memoria histórica, la reconstrucción del tejido social y la construcción de la paz, y asuman su compromiso con la implementación del sistema.

3. Oportunidades de mejora.

Realizado el evento de la Revisión por la Dirección, se evidenciaron los siguientes aportes para ser incluirlo como oportunidades de mejora para el Sistema de Gestión Documental.

- ✓ Mejor herramientas tecnológicas para las autoridades que se hagan remoto, donde facilite la conectividad.
- ✓ En cuanto a las auditorias internas, se evidencia que en su generalidad están a cargo del enlace SIG y del director territorial, en donde se solicita que se mejore el acompañamiento de los Procesos Nacionales, siendo un compromiso de todos los funcionarios de la entidad.

| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |

- ✓ La planeación y programación de las auditorías internas de los sistemas equilibren las cargas y parte de los funcionarios, donde se conozco con antelación la agenda programada por control interno.
- ✓ Ampliar la cantidad de los Auditores en las direcciones territoriales y procesos nacionales.
- ✓ Por parte de las DT se solicita que planteen auditorias independiente por sistema por y combinadas ya que estas son muy desgastantes.

| | | | |
|---|---|-------------|-------------------|
|  UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS | FORMATO DE INFORME DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | |
| | PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | | |
| | Código:100.01.15-37 | Versión: 01 | Fecha: 23/02/2018 |