

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	7
CAPITULO I. GENERALIDADES	9
1. OBJETIVO	9
2. ALCANCE	9
3. GLOSARIO	9
4. ABREVIATURAS.....	19
5. REFERENCIAS NORMATIVAS	20
6. DESCRIPCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN	23
6.1 Información Básica de la Superintendencia de Industria y Comercio.....	23
6.2 Descripción de Servicios/Productos	24
6.3 Sedes	24
6.4 Recursos	24
6.5 Jornada Laboral.....	25
6.6 Enfoque al Cliente	25
6.7 Modelo de Operación	27
6.8 Funciones y Responsabilidades	30
6.9 Comunicación Interna.....	30
CAPITULO II. SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN INSTITUCIONAL – SIGI.....	30

<p>Elaborado por:</p> <p>Nombre: Marcela Rodríguez - Ivonne Torres - Yenny Hernández – Laura Forero - Jhon Arias - Nelly Quintana</p> <p>Cargo: Profesionales y Contratistas de Secretaria General; Dirección de Investigaciones para el Control y Verificación de Reglamentos Técnicos y Metrología Legal; Oficina de Tecnología e Informática; Oficina Asesora de planeación; Secretaria General</p>	<p>Revisado y Aprobado por:</p> <p>Nombre: Angélica María Acuña Porres – Francisco Andrés Rodríguez Erazo - Ana María Prieto Rangel – Giselle Johanna Castelblanco Muñoz.</p> <p>Representantes: Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo, SGSST y Sistema de Gestión Ambiental –SGA, Sistema de Gestión de Seguridad de la Información – SGSI, Sistema de Gestión de los Laboratorios de Calibración – SGL, Sistema de Gestión de Calidad – SGC.</p>	<p>Aprobación Metodológica:</p> <p>Nombre: Giselle Johanna Castelblanco Muñoz</p> <p>Cargo: Representante de la Dirección para el sistema de Gestión de Calidad</p> <p>Fecha: 2022-03-23</p>
--	---	--

Cualquier copia impresa, electrónica o de reproducción de este documento sin la marca de agua o el sello de control de documentos, se constituye en copia no controlada.

1. DESCRIPCIÓN DEL SIGI	30
1.1 Roles, Responsabilidades y Autoridades	31
2. Política	31
2.1 Política del SIGI	31
2.2 Otras Políticas	31
3. Objetivos del SIGI	32
4. Compromiso de la Alta Dirección	32
5. Planificación del SIGI	33
6. Revisión por la Dirección	34
7. Mejora	34
8. Acciones Correctivas	34
9. Acciones Preventivas	34
10. REQUISITOS DE LA DOCUMENTACIÓN	35
10.1 Control de documentos	36
10.2 Control de Registros	37
11. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA	37
12. Auditoría interna	37
CAPITULO III. SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL	37
1. CONTEXTO AMBIENTAL DE LA ENTIDAD	38
2. PARTES INTERESADAS DEL SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL	38
3. NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LAS PARTES INTERESADAS	38
4. IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS, EVALUACIÓN Y CONTROL DE IMPACTOS AMBIENTALES	40
5. IDENTIFICACIÓN, ACCESO Y EVALUACIÓN DE REQUISITOS LEGALES Y OTROS REQUISITOS	41
6. OBJETIVOS AMBIENTALES	42
7. PLANIFICACIÓN Y CONTROL OPERACIONAL AMBIENTAL	43
CAPITULO IV. SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	44
1. ALCANCE	44
2. RIESGOS	45
3. Control de producto no conforme-PNC	45
CAPITULO V. SISTEMA DE GESTIÓN PARA LA COMPETENCIA DE LOS LABORATORIOS DE ENSAYO Y CALIBRACIÓN	46

1. OBJETIVO	46
2. REFERENCIAS NORMATIVAS	47
3. TÉRMINOS Y DEFINICIONES.....	47
4. REQUISITOS GENERALES	47
4.1. Imparcialidad	47
4.2. Confidencialidad	48
5. REQUISITOS RELATIVOS A LA ESTRUCTURA.....	48
5.1. Descripción Legal de la SIC	48
5.2. Responsabilidad General del Laboratorio.....	49
5.3. Alcance del Laboratorio	49
5.4. Actividades del Laboratorio	49
5.5. Estructura organizacional, responsabilidades y documentación	49
5.6. Actividades del personal.....	49
5.7. Comunicación e Integridad del SGL	50
6. REQUISITOS RELATIVOS A LOS RECURSOS	51
6.1. Generalidades	51
6.2. Personal	51
6.3. Instalaciones y Condiciones Ambientales.....	57
6.4. Equipamiento.....	58
6.5. Trazabilidad Metrológica.....	62
6.6. Productos y Servicios Suministrados Externamente	63
7. REQUISITOS DEL PROCESO	64
7.1. Revisión de Solicitudes, Ofertas y Contratos.....	64
7.2. Selección, Verificación y Validación de Métodos.....	64
7.3. Muestreo.....	65
7.4. Manipulación de los Ítems de Ensayo o Calibración.....	65
7.5. Registros Técnicos	66
7.6. Evaluación de la Incertidumbre de Medición	66
7.7. Aseguramiento de la Validez de los Resultados.....	67
7.8. Informe de Resultados.....	67
7.9. Quejas	69

7.11. Control de los Datos y Gestión de la Información	70
8. REQUISITOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN	71
8.1. Opciones	71
8.1.1. Generalidades	71
8.2. Documentación del Sistema de Gestión (Opción A).....	72
8.3. Control de documentos del sistema de gestión (Opción A).....	73
8.4. Control de Registros (Opción A).....	75
8.5. Acciones para Abordar Riesgos y Oportunidades (Opción A).....	76
8.6. Mejora (Opción A).....	77
8.7. Acciones Correctivas (Opción A).....	79
8.8. Auditorías Internas (Opción A).....	82
8.9. Revisión por la Dirección (Opción A).....	82
8.10 CAMBIOS REALIZADOS	84
CAPITULO VI. SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN	84
1. Generalidades	84
1.1. Objetivos Específicos del SGSI	84
1.2. Alcance del SGSI.....	85
1.3. Partes Interesadas.....	85
2. PRINCIPALES ROLES DE LA GESTIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN.....	86
2.1. Usuarios	87
2.2. Responsable de la atención de incidentes de seguridad de la información.....	87
2.3. Agente del primer punto de contacto	88
2.4. Administrador de los sistemas de seguridad perimetral.	89
2.5. Colaborador de Informática Forense.	89
2.6. Profesionales de apoyo a la gestión operativa del SGSI.	90
2.7. Oficial de Seguridad de la Información – CISO.	90
2.8. CIO (Chief Information Officer).	91
2.9. Comité Institucional de Gestión y Desempeño	91
3. COMPETENCIAS.....	92
4. RELACIÓN ENTRE LA DOCUMENTACIÓN DEL SGSI Y EL MSPI.....	93
5. COMPROMISO DE LA ALTA DIRECCIÓN.....	95
5.1. Liderazgo.....	95

CAPITULO VII. SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
SGSST.....	96
1. ESTRUCTURA DEL SGSST.....	97
2. Política.....	98
3. Organización.....	98
3.1. Aspectos Jurídicos y Laborales.....	98
4. Planificación.....	99
4.1. Identificación de Peligros, Valoración de Riesgos y Determinación de Controles.....	99
4.2. Evaluación Inicial del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.....	99
4.3. Plan de Trabajo Anual.....	99
4.4. Requisitos Legales.....	99
4.5. Objetivos y Metas.....	99
4.6. Programas de Gestión.....	100
5. Aplicación.....	105
5.1. Definición de Recursos.....	105
5.2. Responsabilidades por nivel.....	106
5.3. Rendición de Cuentas.....	110
5.4. Competencia Laboral En SST: Inducción, Capacitación y Entrenamiento.....	110
5.5. Comunicación, Participación y Consulta.....	112
5.6. Documentación y Control de Documentos.....	113
5.7. Control Operacional.....	113
5.8. Preparación y Respuesta Ante Emergencias.....	114
5.9. Gestión del Cambio.....	114
5.10. Control de Contratistas.....	115
6. Verificación.....	115
6.1. Medición y Seguimiento del Desempeño.....	115
6.2. Evaluación De Cumplimiento.....	116
6.3. Investigación de Incidentes, Accidentes y Enfermedades Relacionadas con el Trabajo.....	116
7. AUDITORIA Y REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN.....	117
7.1. Auditoria.....	117
7.2. Revisión por la Dirección.....	117

8. Mejoramiento	118
CAPITULO VIII. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CONCILIACIÓN ENTIDAD FAMILIARMENTE RESPONSABLE (efr).....	
119	119
1. OBJETO Y CAMPO DE LA APLICACIÓN	122
2. NORMAS Y OTROS ELEMENTOS PARA CONSULTA	123
Interrelación con otros modelos de gestión	123
3. DESARROLLO DEL MODELO efr	123
4. EL CICLO DE MEJORA CONTINUA (PHVA) EN EL MODELO efr	129
4.1. Diseño y Planificación.....	131
Finalización ciclo PHVA.....	140
5. ANEXOS:	140

COPIA CONTROLADA

INTRODUCCIÓN

La Superintendencia de Industria y Comercio – SIC, ha estructurado e implementado el Sistema Integral de Gestión Institucional – SIGI, con el propósito de brindar mejores servicios a las partes interesadas y fortalecer la eficiencia institucional. En este esfuerzo, ha sido clave el compromiso que desde la Alta Dirección ha orientado a la consecución de los objetivos definidos en el marco estratégico de la Entidad, y que, adherido a buenas prácticas de Responsabilidad Social, Sostenibilidad y ajustado a los lineamientos de gestión de una Empresa Familiarmente Responsable (efr), le apunta a la mejora continua y al buen uso de los recursos humanos y tecnológicos con los que cuenta cada uno de los procesos institucionales.

De acuerdo con lo anterior, la SIC ha implementado seis (6) sistemas, los cuales integran el SIGI, a saber:

- Sistema de Gestión Ambiental - SGA
- Sistema de Gestión de Calidad - SGC
- Sistema de Gestión de los Laboratorios de Calibración - SGL
- Sistema de Gestión de Seguridad de la Información - SGSI
- Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo – SGSST
- Sistema de Gestión de la Conciliación Entidad Familiarmente Responsable (efr)

Figura 1: Sistemas que componen el SIGI



Fuente: OAP

Cada uno de los sistemas que hacen parte del SIGI, cumplen con la normativa legal vigente que les aplique y/o las normas técnicas que correspondan. Es así, que para el caso del Sistema de Gestión Ambiental – SGA aplica la NTC-ISO 14001:2004 y la transición de su versión actualizada 2015, el Sistema de Gestión de los Laboratorios de calibración – SGL aplica la NTC ISO/IEC 17025:2017, el Sistema de Gestión de Seguridad de la Información – SGSI aplica

la NTC-ISO-IEC 27001:2013, la norma efr 1000-1 edición 4, el Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo aplica la Resolución 0312 de 2019 y el Decreto Único Reglamentario 1072 de 2015 y para el Sistema de Gestión de Calidad – SGC aplica los criterios del Modelo Integrado de Planeación y Gestión-MIPG al igual que aplica de manera transversal para todos los sistemas.

El manual del Sistema Integral de Gestión Institucional – SIGI, presenta los elementos comunes de cada uno de los sistemas, y expone las particularidades de cada uno de ellos, en términos de su gestión, en pro de la eficiencia administrativa como principio de la administración pública.

Así mismo, en este manual se presenta el compromiso que la Alta Dirección ha establecido con la aplicación de la política y objetivos del Sistema Integral de Gestión Institucional y el Modelo Integrado de Planeación y Gestión, para que las actividades sean planeadas, desarrolladas y monitoreadas.

En este orden de ideas, el presente documento se estructura por capítulos, donde el primero integra de manera transversal los temas comunes a cada uno de los sistemas y los demás detallan las actividades, responsabilidades y características de los sistemas establecidos en el SIGI.

Los servidores públicos y contratistas de la Superintendencia de Industria y Comercio quedan por este medio obligados a ejecutar sus funciones de manera técnica e imparcial manteniendo la confidencialidad de los asuntos cuyo trámite está sujeto por mandato legal.

CAPITULO I. GENERALIDADES

1. OBJETIVO

El presente Manual tiene como objetivo integrar en un documento de fácil consulta los elementos que definen y componen el Sistema Integral de Gestión Institucional – SIGI, en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, con base en los estándares de las Normas establecidas para cada sistema, con el propósito de que se convierta en un elemento clave para la inducción, capacitación, desarrollo y mejoramiento del accionar de servidores públicos y contratistas logrando contextualizar de manera ágil el alcance de los distintos sistemas de gestión.

2. ALCANCE

Este documento está dirigido a todos los servidores públicos, contratistas y colaboradores de la Superintendencia de Industria y Comercio - SIC, quienes deben cumplir lo acá definido. Así mismo, deberá ser conocido por Grupos de valor.

3. GLOSARIO

ACCIDENTE DE TRABAJO: Suceso repentino que sobreviene por causa o con ocasión del trabajo y produce en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte. (Congreso de Colombia, 2012).

ACTIVIDAD NO RUTINARIA. Actividad que no forma parte de la operación normal de la organización o actividad que la organización ha determinado como no rutinaria por su baja frecuencia de ejecución.

ACTIVIDAD RUTINARIA. Actividad que forma parte de la operación normal de la organización, se ha planificado y es estandarizable.

ACTIVO DE INFORMACIÓN: Cualquier cosa (Información Digital, Información Física, Software, Hardware, Servicio, Recurso Humano) que tenga valor para la organización.

ALTA DIRECCIÓN: Persona o grupo de personas que dirigen y controlan una empresa.

AMENAZA: Es la posibilidad de ocurrencia de cualquier tipo de evento o acción que puede producir un daño (material o inmaterial) sobre los elementos de un sistema.

AMENAZA: Peligro latente de que un evento físico de origen natural, o causado, o inducido por la acción humana de manera accidental, se presente con una severidad suficiente para causar pérdida de vidas, lesiones u otros impactos en la salud, así como también daños y pérdidas en los bienes, la infraestructura, los medios de sustento, la prestación de servicios y

los recursos ambientales. (Definición utilizada en el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo).

AUTO-REPORTE DE CONDICIONES DE TRABAJO Y SALUD: Proceso mediante el cual el trabajador o contratista reporta por escrito al empleador o contratante las condiciones adversas de seguridad y salud que identifica en su lugar de trabajo.

AUDITORIA INTERNA: Proceso sistemático independiente y documentado para obtener evidencias de la auditoría y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar la extensión en que se cumplen los criterios de auditoría. Se realiza por, o en nombre de la propia organización para fines internos y puede constituir la base para auto-declaración de conformidad de una organización. La Auditoría Interna debe realizarse por auditores debidamente cualificados.

AUTOEVALUACIÓN: Proceso realizado por la Alta Dirección para evaluar los objetivos y planes estratégicos de la organización en materia de conciliación a la vista de los resultados del modelo efr implantado y más concretamente, de la Auditoría Interna y de las actividades de seguimiento y medición llevadas a cabo.

CADENA DE TRAZABILIDAD METROLÓGICA: Sucesión de patrones y calibraciones que relacionan un resultado de medida con una referencia.

CADENA DE VALOR Y SUMINISTRO: Conjunto de eslabones que conforma un proceso productivo o de servicio, desde la materia prima a la distribución, venta y pos-venta de los productos/servicios. En cada parte del proceso debe añadirse valor al producto o servicio final, considerando como “valor” la suma de los beneficios percibidos que el cliente recibe menos los costes sufragados por él al adquirir y usar un producto o servicio

CALIBRACIÓN: Operación que bajo condiciones especificadas establece, en una primera etapa, una relación entre los valores y sus incertidumbres de medida asociadas obtenidas a partir de los patrones de medida, y las correspondientes indicaciones con sus incertidumbres asociadas y, en una segunda etapa, utiliza esta información para establecer una relación que permita obtener un resultado de medida a partir de una indicación.

CALIFICACIÓN O CUALIFICACIÓN: Conjunto de competencias (aptitudes, actitudes, habilidades, conocimientos) exigidas a un profesional para el desempeño de una tarea, trabajo o puesto. A efectos del Modelo efr los auditores (tanto internos como externos) deben estar debidamente calificados y certificados en el modelo por la Fundación Másfamilia de España.

CAPITAL INTELECTUAL: Conjunto de activos intangibles de una organización, basados en los conocimientos, habilidades, talentos y valores de sus empleados, que pese a no estar reflejados en los estados contables aportan valor añadido a los productos y servicios ofrecidos

CENTRO DE TRABAJO. Se entiende por Centro de Trabajo a toda edificación o área a cielo abierto destinada a una actividad económica en una empresa determinada.

CENTROS DE DATOS: Son habitaciones donde se instalan los dispositivos de comunicación y la mayoría de los cables.

CERTIFICACIÓN: Acción por la cual se asegura que un determinado producto, servicio u organización cumple con las exigencias marcadas por los criterios que apliquen. En este caso, los documentos normativos efr 1000 que resulten de aplicación.

A efectos del Modelo efr, el modelo de certificación es llevado a cabo por entidades de certificación acreditadas y previamente autorizadas por la Fundación Másfamilia. La certificación en conciliación es otorgada por la Fundación.

CIFRAR: Método que permite aumentar la seguridad de un mensaje o de un archivo mediante la codificación del contenido, de manera que sólo pueda leerlo la persona que cuente con la clave de cifrado adecuada para descodificarlo.

CLIMA ORGANIZACIONAL/CLIMA LABORAL: Herramienta que permite medir el grado de satisfacción o implicación, así como la influencia de las estructuras y procesos en la conducta individual y grupal de una organización, tomando en cuenta factores físicos, sociales, psicológicos y medioambientales

CÓDIGO MALICIOSO: programas de códigos hostiles e intrusivos que tienen como objeto infiltrarse en o dañar recursos informáticos, sistemas operativos, redes de datos o sistemas de información.

CONCILIACIÓN DE LA VIDA FAMILIAR Y LABORAL: Denominación atribuida genéricamente al conjunto de actuaciones relacionadas con el fomento y el apoyo para el equilibrio de la vida personal, familiar y laboral de los ciudadanos. Está referida por tanto a situaciones de empleo, normalmente remunerado, y que tratan de facilitar desde la organización empresarial primero y desde el resto de la sociedad después, medidas de todo tipo para potenciar y mejorar el mencionado equilibrio, sin menoscabo de la eficiencia y productividad en el empleo.

CONDICIONES DE SALUD: El conjunto de variables objetivas y de auto reporte de condiciones fisiológicas, psicológicas y socioculturales que determinan el perfil sociodemográfico y de morbilidad de la población trabajadora.

CONDICIONES Y MEDIO AMBIENTE DE TRABAJO: Aquellos elementos, agentes o factores que tienen influencia significativa en la generación de riesgos para la seguridad y salud de los trabajadores. Quedan específicamente incluidos en esta definición, entre otros: a) las características generales de los locales, instalaciones, máquinas, equipos, herramientas, materias primas, productos y demás útiles existentes en el lugar de trabajo; b) Los agentes físicos, químicos y biológicos presentes en el ambiente de trabajo y sus correspondientes intensidades, concentraciones o niveles de presencia; c) los procedimientos para la utilización de los agentes citados en el apartado anterior, que influyan en la generación de riesgos para

los trabajadores y; d) la organización y ordenamiento de las labores, incluidos los factores ergonómicos o biomecánicos y psicosociales.

CONFIDENCIALIDAD: Propiedad que determina que la información no esté disponible ni sea revelada a individuos, entidades o procesos no autorizados.

CONSECUENCIA. Resultado, en términos de lesión o enfermedad, de la materialización de un riesgo, expresado cualitativa o cuantitativamente.

COMPETITIVIDAD: Capacidad intrínseca de una organización para generar y mantener un elemento diferenciador de sus productos y/o servicios, logrando con esto una ventaja comparativa observable en el mercado.

CONTROL: Verificación y seguimiento de resultados con el fin de prever y corregir errores en los procedimientos o instrucciones que se llevan a cabo.

CULTURA DE LA EMPRESA: Conjunto de valores, comportamientos y competencias, que comparten los miembros de una organización y especialmente su dirección, sobre los cuales se basa la forma de hacer los negocios y actividades empresariales. A su vez define la visión que la empresa tiene de sí misma y de su entorno.

DIAGNÓSTICO: Estudio de la situación actual en que se encuentra la organización que desea avanzar en la cultura efr a través del cual se determinan los puntos fuertes y débiles al respecto, teniendo en cuenta a los servidores y otras partes de interés así como la estrategia y el entorno competitivo.

DESCRIPCIÓN SOCIODEMOGRÁFICA: Perfil socio demográfico de la población trabajadora, que incluye la descripción de las características sociales y demográficas de un grupo de trabajadores, tales como: grado de escolaridad, ingresos, lugar de residencia, composición familiar, estrato socioeconómico, estado civil, raza, ocupación, área de trabajo, edad, sexo y turno de trabajo.

DISPONIBILIDAD: Propiedad de que la información sea accesible y utilizable por solicitud de una entidad autorizada.

EFFECTIVIDAD: Relación entre el resultado y el objetivo.

EFICACIA: Es la capacidad de alcanzar el efecto que espera o se desea tras la realización de una acción.

EFICIENCIA: Relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados.

EMERGENCIA: Es aquella situación de peligro o desastre o la inminencia del mismo, que afecta el funcionamiento normal de una empresa. Requiere de una reacción inmediata y

coordinada de los trabajadores, brigadas de emergencias y primeros auxilios y en algunos casos de otros grupos de apoyo dependiendo de su magnitud.

ENTIDADES DE CERTIFICACIÓN ACREDITADAS: Organizaciones de tercera parte acreditadas, encargadas de realizar las evaluaciones del cumplimiento de estándares y requisitos establecidos por los documentos normativos efr 1000 y quienes determinan si pueden o no ser certificadas, a través de métodos y herramientas como la auditoría y la evaluación.

ENFERMEDAD LABORAL: Resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.

ERROR DE MEDIDA: Diferencia entre un valor de medido de una magnitud y un valor de referencia.

EVALUACIÓN DEL RIESGO: Actividad que se realiza para comparar los resultados del análisis de riesgos con los controles establecidos, para determinar la zona de riesgo final.

EVENTO CATASTRÓFICO: Acontecimiento imprevisto y no deseado que altera significativamente el funcionamiento normal de la Empresa, implica daños masivos al personal que labora en instalaciones, parálisis total de las actividades de la Superintendencia de Industria y Comercio o una parte de ella y que afecta a la cadena productiva, o genera destrucción parcial o total de una instalación.

EVENTO DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN: Presencia identificada de una condición de un sistema, servicio o red, que indica una posible violación de la política de seguridad de la información o la falla de las salvaguardas, o una situación desconocida previamente que puede ser pertinente a la seguridad.

EXPOSICIÓN: Situación en la cual las personas se encuentran en contacto con los peligros.

FORMATO: Tipo documental que describe en forma detallada, actividades relacionadas en un procedimiento o proceso. Generalmente, dichas actividades se encuentran sin detalle en los tipos documentales mencionados.

GESTIÓN DE HABILIDADES DE CONCILIACIÓN: Actividades tendientes a dirigir y controlar las destrezas organizacionales para la buena integración de la vida profesional y laboral de los empleados de una empresa.

HARDWARE: Parte tangible de un sistema informático, que puede corresponder a componentes de tipo: mecánico, electrónico, eléctrico, o electromecánico.

IDENTIFICACIÓN DEL PELIGRO. Proceso para reconocer si existe un peligro y definir sus características.

INCERTIDUMBRE DE MEDIDA: parámetro no negativo que caracteriza la dispersión de los valores atribuidos a un mensurando, a partir de la información que se utiliza.

INCIDENTE DE SEGURIDAD: un evento o serie de eventos de seguridad de la información no deseados o inesperados, que tienen una probabilidad significativa de comprometer las operaciones del negocio y amenazar la seguridad de la información.

INDICADORES DE ESTRUCTURA: Medidas verificables de la disponibilidad y acceso a recursos, políticas y organización con que cuenta la empresa para atender las demandas y necesidades en Seguridad y Salud en el Trabajo.

INDICADORES DE PROCESO: Medidas verificables del grado de desarrollo e implementación del SGSST. (Definición utilizada en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo).

INDICADORES DE RESULTADO: Medidas verificables de los cambios alcanzados en el período definido, teniendo como base la programación hecha y la aplicación de recursos propios del programa o del sistema de gestión.

INDICADORES: Un indicador es una expresión cualitativa o cuantitativa observable, que permite describir características, comportamientos o fenómenos de la realidad a través de la evolución de una variable o el establecimiento de una relación entre variables, la que, comparada con períodos anteriores, productos similares o una meta o compromiso, permite evaluar el desempeño y su evolución en el tiempo.

INDICADORES efr: Conjunto de indicadores que una vez definidos deben servir para monitorear la gestión que se realiza, los avances o retrocesos que se obtienen y que permite realizar estimaciones futuras basadas en la información a tiempo real.

En el documento normativo efr 1000-10 figura una relación de indicadores efr que como mínimo deben medirse y seguirse.

INDICADORES GRI: Conjunto de indicadores desarrollados por Global Reporting Initiative que es la base fundamental de los informes de sostenibilidad para la comunicación con las partes interesadas. Estos indicadores permiten hacer un seguimiento y control evolutivo de la gestión de los aspectos económicos, sociales y ambientales de una organización.

INDICE GLOBAL efr: Agregación y consolidación de diversos indicadores efr, de forma que de una sola representación se pueda llegar a conocer el grado de avance o retroceso en materia de Empresas Familiarmente Responsables.

INFORMACIÓN: Se refiere a toda comunicación o representación de conocimiento como datos, en cualquier forma, con inclusión de formas textuales, numéricas, gráficas, cartográficas, narrativas o audiovisuales, y en cualquier medio, ya sea magnético, en papel, en pantallas de computadoras, audiovisual u otro.

INSTRUCTIVO: Tipo documental que describe en forma detallada, actividades relacionadas en un procedimiento o proceso. Generalmente, dichas actividades se encuentran sin detalle en los tipos documentales mencionados.

INTEGRIDAD: propiedad de salvaguardar la exactitud y estado completo de los activos.

ISO 27001: Estándar para la seguridad de la información. Especifica los requisitos necesarios para establecer, implantar, mantener y mejorar un Sistema de Gestión de la Seguridad de la Información (SGSI) según la metodología del Plan-Do-Check-Act (Planificar-Hacer-Verificar-Actuar).

MANUAL ESPECÍFICO DE FUNCIONES Y COMPETENCIAS LABORALES: La relación y descripción detallada de las funciones, requisitos de estudios, capacitación, experiencia y habilidades, que deben cumplir los diferentes cargos o puestos de trabajo que desempeñan los servidores públicos de la SIC.

MATRIZ LEGAL: Es la compilación de los requisitos normativos exigibles a la empresa acorde con las actividades propias e inherentes de su actividad productiva, los cuales dan los lineamientos normativos y técnicos para desarrollar el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo –SGSST y el Sistema de Gestión Ambiental - SGA el cual deberá actualizarse en la medida que sean emitidas nuevas disposiciones aplicables.

MEDIDA(S) DE CONTROL: Medida(s) implementada(s) con el fin de minimizar la ocurrencia de incidentes.

MODELO efr: Modelo de gestión que busca un cambio de paradigma en la gestión empresarial, en tanto en cuanto pretende la adopción por parte de la dirección de la empresa de compromisos con sus empleados y especialmente con las necesidades familiares de estos, sin detrimento de la eficiencia y productividad en la empresa. Este modelo se basa en el Círculo Deming de la mejora continua (PHVA), así como en otros principios universales del management.

OFICIAL DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN: Responsable de planear, coordinar y administrar los procesos de seguridad de la información en la organización.

OBJETIVOS DE MEJORA: Dentro del marco de la mejora continua, se consideran como logros o fines pretendidos o ambicionados a cumplir en un período de tiempo determinado que pretenden un progreso incremental de mejora. Los objetivos deben resultar ambiciosos pero conseguibles, observables, cuantificables y estar alineados con las políticas, indicadores y otros documentos estratégicos.

OBJETIVOS efr: Son los relacionados con el Modelo efr

PARTES INTERESADAS: Individuo o grupo de personas con un interés en la operación o el éxito de una organización. Ejemplos: clientes, personal y representantes, accionistas y propietarios, socios y proveedores, bancos, sindicatos, empresa, etc.

PELIGRO: Fuente, situación o acto con potencial de causar daño en la salud de los trabajadores, en los equipos o en las instalaciones.

POLITICA efr: Directrices y orientaciones globales de una organización relativas al ámbito de efr

PROCEDIMIENTO: Tipo documental que describe, con grado de detalle necesario, el modo de realizar las actividades relacionadas en un proceso, incluyendo las responsabilidades implicadas en las tareas, así como una referencia a otros documentos que se utilizan en el desarrollo de las mismas.

PROCESO: Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan para transformar elementos de entrada en resultados. Los procesos están documentados a través de caracterizaciones en el Modelo de Operación de la entidad, y la interacción es la relación que existe entre los procesos del SIGI, la cual se da a través de las entradas (proveedores) y las salidas (clientes).

PROGRAMAS UTILITARIOS: Son programas diseñados para realizar una función determinada, se refiere normalmente al software que resuelve problemas relacionados con la administración del sistema del equipo de cómputo.

REGISTRO: Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de las actividades desempeñadas.

RENDICIÓN DE CUENTAS: Mecanismo por medio del cual las personas e instituciones informan sobre su desempeño.

REQUISITO NORMATIVO: Requisito de seguridad y salud en el trabajo impuesto por una norma vigente y que aplica a las actividades de la organización.

RESPONSABLE DE LA DIRECCIÓN TÉCNICA: es el servidor público o contratista encargado de autorizar los certificados de calibración y al personal clave para la realización de las calibraciones.

RESPONSABLE DE LAS CALIBRACIONES: Servidor público o contratista que realiza la calibración del recipiente volumétrico, según lo definido en este procedimiento.

RESPONSABLE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LOS LABORATORIOS-SGL: Es el servidor público o contratista encargado de diseñar, documentar, implementar y hacer seguimiento a todos los documentos propios del laboratorio, así como los documentos definidos en el SIGI.

REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN EN MATERIA efr: Miembro de la alta dirección de una empresa sobre el que recae la responsabilidad principal para liderar, organizar y ejercer de interlocutor en las cuestiones referentes a la efr.

RESULTADOS efr: Logros obtenidos por la organización en términos efr y que provienen de la medición de los indicadores de la gestión familiarmente responsable de la organización y que permiten establecer áreas de mejora.

REVISIÓN PROACTIVA: Es el compromiso del empleador o contratante que implica la iniciativa y capacidad de anticipación para el desarrollo de acciones preventivas y correctivas, así como la toma de decisiones para generar mejoras en el SGSST.

REVISIÓN REACTIVA: Acciones para el seguimiento de enfermedades laborales, incidentes, accidentes de trabajo y ausentismo laboral por enfermedad.

RIESGO ACEPTABLE: Riesgo que ha sido reducido a un nivel que puede ser tolerado por la organización teniendo en consideración sus obligaciones legales y su propia política. (Proyecto Grupo OHSAS, 2007).

RIESGO DE GESTIÓN: Posibilidad de que suceda algún evento que tendrá un impacto sobre el cumplimiento de los objetivos. Se expresa en términos de probabilidad y consecuencias.

SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN: preservación de la confidencialidad, la integridad y la disponibilidad de la información; además, puede involucrar otras propiedades tales como: autenticidad, trazabilidad (Accountability), no repudio y fiabilidad.

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SST): La Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) es la disciplina que trata de la prevención de las lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo, y de la protección y promoción de la salud de los trabajadores. Tiene por objeto mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo, así como la salud en el trabajo, que conlleva la promoción y el mantenimiento del bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las ocupaciones.

SERVIDOR PÚBLICO: Son servidores públicos los miembros de las corporaciones públicas, los empleados y trabajadores del Estado y de sus entidades descentralizadas territorialmente y por servicios. Los servidores públicos están al servicio del Estado y de la comunidad; ejercerán sus funciones en la forma prevista por la Constitución, la ley y el reglamento.

SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL: Sistema que proporciona a la organización un marco de referencia sistemático para proteger el medio ambiente y responder a las condiciones ambientales cambiantes en equilibrio con las necesidades socioeconómicas mediante la especificación de requerimientos que posibilita que una organización mejore su desempeño ambiental.

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN: Parte del sistema de gestión global, basada en un enfoque hacia los riesgos globales de un negocio, cuyo fin es establecer, implementar, operar, hacer seguimiento, revisar, mantener y mejorar la seguridad de la información.

SISTEMA DE INFORMACIÓN: Se refiere a un conjunto independiente de recursos de información organizados para la recopilación, procesamiento, mantenimiento, transmisión y difusión de información según determinados procedimientos, tanto automatizados como manuales.

SISTEMA DE PUNTUACIÓN: Metodología para determinar la fluctuación de los Indicadores efr

SOPORTES efr (organizativos, procesos, indicadores, registros): Documentos, procedimientos, planes, programas y estructuras que dan forma al Modelo efr y que reflejan la información necesaria para controlar la evolución de las políticas y objetivos efr.

TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN: Se refiere al hardware y software operados por la Entidad o por un tercero que procese información en su nombre, para llevar a cabo una función propia de la Entidad, sin tener en cuenta la tecnología utilizada, ya se trate de computación de datos, telecomunicaciones u otro tipo.

TRÁMITE: Conjunto o serie de pasos o acciones reguladas por el Estado, que deben efectuar los usuarios para adquirir un derecho o cumplir con una obligación prevista o autorizada por la ley.

USUARIO: El receptor de un servicio suministrado por la Entidad / Se refiere a todo servidor público, contratista o tercero.

VIGILANCIA DE LA SALUD EN EL TRABAJO O VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA SALUD EN EL TRABAJO: Comprende la recopilación, el análisis, la interpretación y la difusión continuada y sistemática de datos a efectos de la prevención. La vigilancia es indispensable para la planificación, ejecución y evaluación de los programas de seguridad y salud en el trabajo, el control de los trastornos y lesiones relacionadas con el trabajo y el ausentismo laboral por enfermedad, así como para la protección y promoción de la salud de los trabajadores. Dicha vigilancia comprende tanto la vigilancia de la salud de los trabajadores como la del medio ambiente de trabajo.

VULNERABILIDAD: Es la capacidad, las condiciones y características del sistema mismo (incluyendo la entidad que lo maneja), que lo hace susceptible a amenazas, con el resultado de sufrir algún daño. En otras palabras, es la capacidad y posibilidad de un sistema de responder o reaccionar a una amenaza o de recuperarse de un daño.

WIFI: Tecnología de comunicación inalámbrica que permite conectar a internet equipos electrónicos, como computadoras, tablets, smartphones o celulares, etc., mediante el uso de radiofrecuencias o infrarrojos para la transmisión de la información.

4. ABREVIATURAS

CIGD: Comité Institucional de Gestión y Desempeño

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

Efr: Empresa Familiarmente Responsable

MECI: Modelo Estándar de Control Interno.

MIPG: Modelo Integrado de Planeación y Gestión.

OAP: Oficina Asesora de Planeación.

ONAC: Organismo Nacional de Acreditación de Colombia.

OTI: Oficina de Tecnología e Informática.

PNC: Producto no Conforme

SGA: Sistema de Gestión Ambiental.

SGC: Sistema de Gestión de Calidad.

SGL: Sistema de Gestión de los Laboratorios de calibración

SGSI: Sistema de Gestión de Seguridad de la Información.

SGSST: Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

SIC: Superintendencia de Industria y Comercio.

SIGI: Sistema Integral de Gestión Institucional.

SYST: Seguridad y Salud en el Trabajo.

TRD: Tablas de Retención Documental.

VPN: Siglas en inglés de Virtual Private Network. Es una tecnología de red que permite una extensión segura de la red local (LAN), sobre una red pública o no controlada como Internet.

VPN: Siglas en inglés de Virtual Private Network. Es una tecnología de red que permite una extensión segura de la red local (LAN), sobre una red pública o no controlada como Internet.

WEP: Abreviatura de Wired Equivalent Privacy, es un sistema de cifrado incluido en el estándar IEEE 802.11, que permite codificar la información que se transmite y que actúa como protocolo para redes inalámbricas. Una de sus principales debilidades es el uso de la misma llave para el cifrado de todos paquetes transmitidos, convirtiéndolo en un protocolo vulnerable.

WIFI: Tecnología de comunicación inalámbrica que permite conectar a internet equipos electrónicos, como computadoras, tablets, smartphones o celulares, etc., mediante el uso de radiofrecuencias o infrarrojos para la transmisión de la información.

WPA2-PSK: Abreviatura de Wi-Fi Protected Access 2, es un protocolo que implementa las secciones obligatorias del estándar IEEE 802.11i y requiere certificación por parte de la Wi-Fi Alliance para su uso. Es considerado más robusto que WPA-PSK.

WPA-PSK: Abreviatura de Wi-Fi Protected Access, es un protocolo de seguridad desarrollado por la Wi-Fi Alliance para redes inalámbricas que implementa la mayoría de secciones del estándar IEEE 802.11i. WPA hace uso de TKIP (Temporal Key Integrity Protocol) para generar una llave por cada paquete transmitido, y hace una revisión de la integridad de los mensajes a través del algoritmo Michael, el cual es más robusto que CRC (Cyclic Redundancy Check).

802.1X: Estándar de control de acceso desarrollado por el IEEE que realiza la autenticación utilizando un elemento autenticador y un servidor de autenticación, los cuales gestionan dos tipos de puertos autenticados: Puertos controlados y puertos no controlados. Para la autenticación de los clientes utiliza el protocolo Radius o Diameter.

5. REFERENCIAS NORMATIVAS

Jerarquía de la norma	Numero / Fecha	Título	Artículo	Aplicación Específica
SISTEMA DE CALIDAD				
Decreto	4886 de 2011	Por medio del cual se modifica la estructura de la Superintendencia de Industria y Comercio, se determinan las funciones de sus dependencias y se dictan otras disposiciones		Aplicación total, según las funciones de las áreas de la entidad relacionadas con la función de informar periódicamente al Superintendente sobre el estado de los asuntos de sus dependencias y el grado de ejecución de sus programas.
Decreto	1083 de 2015	Por medio del cual se expide el Decreto único Reglamentario del Sector Función Pública		Aplicación Total

Jerarquía de la norma	Numero / Fecha	Título	Artículo	Aplicación Específica
Decreto	1499 de 2017	Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015		Aplicación total
Resolución	20840 de 2020	Por medio de la cual se deroga la Resolución 12600 de 2018 y se adoptan disposiciones frente a la conformación y funcionamiento del Comité Institucional de Gestión y Desempeño de la Superintendencia de Industria y Comercio		Aplicación total
Resolución	26472 de 2020	Por la cual se adoptan los sistemas de gestión de la Superintendencia de Industria y Comercio y se dictan otras disposiciones sobre los mismos		Aplicación total
LABORATORIOS DE CALIBRACIÓN				
Ley	1480 de 2011	Estatuto Nacional del consumidor	Título IX capítulo I	Metrología
Decreto	2269 de 1993	Por el cual se organiza el Sistema Nacional de Normalización, Certificación y Metrología	Cap. V Art.32	SIC calibra instrumentos utilizados en control metrológico
Decreto	4886 de 2011	Por medio del cual se modifica la estructura de la SIC, se determinan las funciones de su dependencia y se dictan otras disposiciones.	Art. 14 literales 3, 9 y 14 Artículo 15 Literal 10 y 20	Sistema de gestión del Laboratorios de calibración
Resolución	88567 del 2015	Por la cual se asignan unos servidores públicos y un Coordinador a un grupo de trabajo.	Art.1	Asignación grupo de trabajo de Inspección y Vigilancia de Metrología Legal.
Resolución	26356 del 2017	Modificación manual específico de funciones y competencias laborales	Toda	Asignación funciones específicas a los servidores públicos de los laboratorios.
Resolución	3132 de 2011	Por medio de la cual se actualiza el manual específico de funciones y competencias laborales de	Todos	Asignación funciones específicas a los servidores públicos

Jerarquía de la norma	Numero / Fecha	Título	Artículo	Aplicación Específica
		la Superintendencia de Industria y Comercio		
NORMA NTC ISO	10012:2003	Sistemas de gestión de la medición. Requisitos para los procesos de medición y los equipos de medición.	Todos	Para el proceso de medición y los equipos de medición.
NORMA ISO/IEC	17025:2017	Requisitos Generales para la Competencia de los Laboratorios de Ensayo y de Calibración”	Toda la norma	Sistema de gestión del Laboratorios de calibración
Norma ISO/IEC	17000:2005	Evaluación de la conformidad - Vocabulario y principios generales.	Todos	Vocabulario y principios generales.
SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN				
Ley	1341 de 2009	Por la cual se definen principios y conceptos sobre la sociedad de la información y la organización de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones –TIC–, se crea la Agencia Nacional de Espectro y se dictan otras disposiciones.	Artículo 2	Numeral 8
Decreto	1008 2018	Por el cual se establecen los lineamientos generales de la política de Gobierno Digital y se subroga el capítulo 1 del título 9 de la parte 2 del libro 2 del Decreto 1078 de 2015, Decreto Único Reglamentario del sector de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones.	2.2.9.1.2. 2	Aplicación Total
Norma NTC-ISO-IEC	27001:2013	Tecnología de la información. Técnicas de seguridad. Sistemas de Gestión de la Seguridad de la Información. Requisitos.		Aplicación Total
SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CONCILIACIÓN ENTIDAD FAMILIARMENTE RESPONSABLE (efr)				
Norma efr 1000-1 edición 4 e4	Noviembre de 2013	Modelo para la Gestión de la Conciliación de la Vida Personal, Familiar y Laboral		Aplicación total

Jerarquía de la norma	Numero / Fecha	Título	Artículo	Aplicación Específica
Norma efr 1000-3 edición 4 e4	Enero de 2014	Modelo de Gestión de Conciliación		
Anexo 1000-10 Edición 4	Noviembre de 2013	Modelo de Gestión efr Empresa		Alcance, contenido y estructura de los indicadores asociados al Modelo efr
1000-11 Edición 4	Noviembre de 2013	Modelo de Gestión efr Empresa		Alcance, contenido y estructura de las medidas efr en el ámbito dell Modelo efr
Anexo 1000-10 Edición 4	Noviembre de 2013	Modelo de Gestión efr Empresa		Diagnóstico efr, la voz del empleado
Anexo 1000-13 Edición 4	Noviembre de 2013	Modelo de Gestión efr Empresa		Perfiles Competenciales
Anexo 1000-14 Edición 4	Noviembre de 2013	Modelo de Gestión efr Empresa		Suspensión, retirada y cancelación de la certificación

Nota 1: Las referencias normativas del Sistema de Gestión Ambiental se encuentran establecidas en la matriz de identificación, acceso y evaluación de requisitos legales y otros requisitos -SC03-F02. Las referencias normativas del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo se encuentran establecidas en la matriz de requisitos legales de Seguridad y salud en el trabajo-SC04-F13. ANEXO 1.

6. DESCRIPCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN

La Estructura y funciones de la SIC se encuentran establecidas en el Decreto 4886 de 2011. De acuerdo con lo establecido en el mencionado Decreto, corresponde al Superintendente de Industria y Comercio *nombrar, remover y administrar el personal de la Superintendencia de acuerdo con las normas vigentes, salvo aquellos que correspondan a otras autoridades*, de acuerdo con los objetivos, necesidades del servicio y planes y programas que trace la entidad. La estructura organizacional se presenta en el ANEXO 2- Organigrama.

6.1 Información Básica de la Superintendencia de Industria y Comercio

Razón Social: Superintendencia de Industria y Comercio
 NIT: 800.176.089-2
 Representante Legal: Andrés Barreto González
 Dirección: Carrera 13 No 27 -00 Edificio Bochica
 Municipio: Bogotá D.C.
 Teléfono: 5870000
 Clase de riesgo: I, II, III, IV y V

6.2 Descripción de Servicios/Productos

La Superintendencia de Industria y Comercio es un organismo de carácter técnico, cuya actividad está orientada a velar por el buen funcionamiento de los mercados a través de la vigilancia y protección de la libre competencia económica, de los derechos de los consumidores, del cumplimiento de aspectos concernientes con metrología legal y reglamentos técnicos, la actividad valuadora del país, y la gestión de las Cámaras de Comercio.

A su vez, es responsable por la protección de datos personales, administra y promueve el Sistema de Propiedad Industrial y dirime las controversias que se presenten ante afectaciones de derechos particulares relacionados con la protección del consumidor, asuntos de competencia desleal y derechos de propiedad industrial.

6.3 Sedes

SEDE	CIUDAD	DIRECCION
PRINCIPAL	BOGOTA	Cra 13 # 27 - 00
SEDE ALTERNA	BOGOTA	Cra 7 # 31- 42/46
LABORATORIO CAN	BOGOTA	Cra 50 No. 26-55 Interior 2
ARCHIVO	BOGOTA	Transversal 93 # 51-98 Parque empresarial puerta del sol

6.4 Recursos

Para la identificación y planeación de los recursos, se sigue lo establecido en los procesos de formulación estratégica y revisión estratégica, asegurando la disponibilidad de recursos mediante la planificación eficiente del programa presupuestal, la asignación de recursos para el SIGI, y el adecuado seguimiento a la inversión de recursos.

La Superintendencia cuenta con personal idóneo para llevar a cabo las funciones que le fueron asignadas. Con el fin de garantizar la competencia de los servidores públicos de la Entidad se tienen definidos los requisitos mínimos de estudio y experiencia, así como las competencias requeridas para el desempeño de un cargo en el Manual Específico de Funciones y Competencias Laborales. Es responsabilidad del Grupo de Trabajo de Administración de Personal realizar las vinculaciones del Personal dando cumplimiento a los Requisitos legales Vigentes y a lo establecido en el Procedimiento GT02-P09 Vinculación de Personal.

En el caso de los particulares que ejercen funciones públicas (contratistas) que realizan trabajos que afectan la calidad del servicio, se busca que estos sean competentes estableciendo los requisitos de educación, formación, habilidades y experiencia en los estudios previos (requisito contractual), dicha información es avalada posteriormente en el certificado de idoneidad y experiencia.

Todo el personal nuevo que ingresa a la SIC con asignación a la planta es afiliado a la seguridad social, dando cumplimiento a los requisitos legales vigentes. De igual forma, los servidores públicos vinculados reciben inducción según el GT02-P06 Procedimiento de Capacitación, teniendo en cuenta requerimientos específicos de acuerdo a la labor que vayan a desarrollar en la entidad y con base en el perfil de cargo.

Con una periodicidad semestral, los Jefes y coordinadores de dependencia, realizan la evaluación del desempeño a los servidores públicos a su cargo, siguiendo el procedimiento GT02-P02 evaluación de desempeño, GT02-P05 procedimiento asignación y seguimiento de objetivos para servidores provisionales o que ocupan empleos de carácter temporal y GT02-P07 Acuerdos de Gestión. En la hoja de vida de los servidores públicos se conservan los registros de las evaluaciones.

El plan de capacitación es definido anualmente, con base en los requerimientos identificados por las dependencias, las directrices que sobre la materia ha establecido el Gobierno Nacional y la SIC, y la disponibilidad de recursos presupuestales.

6.5 Jornada Laboral

Los servidores públicos de la Superintendencia de Industria y Comercio tienen un horario de trabajo establecido en la Resolución 23291 de 2008, por la cual se modifica el horario de trabajo en la Superintendencia de Industria y Comercio.

El horario habitual de trabajo de los servidores públicos será de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. en jornada continua.

Resolución 75033 del 22 de diciembre de 2011, por la cual se define que los servidores tienen una hora de almuerzo de la cual pueden hacer uso en dos turnos establecidos de 12:00 m a 1:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 2:00 p.m.

6.6 Enfoque al Cliente

Mediante procesos de mejoramiento continuo y buscando cada día satisfacer de mejor forma las necesidades de la ciudadanía y de los sectores económicos se establecieron diferentes medios para atender a los usuarios, los cuales se encuentran descritos en el CS01-I04 Instructivo de servicios de Atención al Ciudadano.

Para la atención de las quejas y sugerencias que son presentadas por el usuario, se sigue lo previsto en el procedimiento CS04-P01 Procedimiento de atención de peticiones, consultas, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones.

Los usuarios de los servicios de la SIC pueden presentar sus solicitudes de forma presencial en:

Bogotá, D.C.: Carrera 13 No. 27-00. Edificio Bochica. Lunes a viernes (8:00 am a 4:30 pm). Atención personalizada en Piso 3, Recepción de documentos en Piso 1, Sala VIP para atención en temas de propiedad industrial en piso 5.

Fuera de Bogotá: Sedes de las Intendencias regionales de la Superintendencia de Sociedades, MINCIT y Casas del Consumidor; para atención personalizada y recepción de documentos:

CASA DEL CONSUMIDOR	CORREO DE LA CASA	DIRECCIÓN
Armenia	casadelconsumidorarmenia@sic.gov.co	Carrera 16 # 14 - 30 Piso 1 Armenia
Barranquilla	casadelconsumidorbarranquilla@sic.gov.co	Calle 38 # 45 - 53 Piso 2
Bucaramanga	casadelconsumidorbucaramanga@sic.gov.co	Carrera 15 # 31 - 59 Piso 3 Centro Comercial Feghali Piso 3
Bolívar	casadelconsumidorcartagena@sic.gov.co	Gobernación de Bolívar, vía Cartagena - Turbaco km. 3 sector bajo Miranda. El Cortijo Centro Administrativo Dptal. Edificio 1 Piso 4
Ibagué	casadelconsumidoribague@sic.gov.co	Calle 19 con carrera tercera Esquina, (Centro Comercial Andrés López de Galarza, Locales 1, 2 y 4)
Montería	ccmonteria@sic.gov.co	Carrera 3 # 23 - 32
Neiva	casadelconsumidorneiva@sic.gov.co	Carrera 2 # 8 - 05 Piso 4 Oficina 4038 Centro Comercial los Comuneros
Pasto	casadelconsumidorpasto@sic.gov.co	Calle 16 Entre Carreras 28 y 29 Denominada Casa San Andrés.
Pereira	casadelconsumidorpereira@sic.gov.co	Calle 14 # 5 - 20 Piso 3 Edificio Unidad de Protección a la Vida.
Popayán	casadelconsumidorpopayan@sic.gov.co	Calle 5 # 6_58 alcaldía por la puerta de entrada de de emtel segundo piso
San Andrés	casaconsumidorsanandres@sic.gov.co	Avenida 20 De Julio, Sede Gobernación, Detras Del Sena, al frente del supermercado Mi Ahorro.
Sincelejo	casadelconsumidorsincelejo@sic.gov.co	Carrera 18 # 21-46 piso 2
Valledupar	casadelconsumidorvalledupar@sic.gov.co	Transversal 28 No 18 -48 CDV Sabana
Villavicencio	casadelconsumidorvillavicencio@sic.gov.co	Calle 23 No 37 - 21 Barrio San Benito

Los usuarios de los servicios de la SIC pueden presentar sus solicitudes de forma no presencial a través de los siguientes medios:

Vía internet:

Sitio WEB <http://www.sic.gov.co>.

Correo electrónico contactenos@sic.gov.co.

Chat virtual 7 X 24 <http://www.sic.gov.co/asesoria-en-linea>.

Video llamada General de lunes a sábado 7:00 a.m. a 7:00 p.m.
<http://www.sic.gov.co/asesoria-general-y-lengua-de-se%C3%B1as>.

Video llamada Especializada en PI de lunes a sábado 7:00 a.m. a 7:00 p.m.
<http://www.sic.gov.co/tramites-e-informacion-general>.

SIC Facilita plataforma de facilitación <http://sicfacilita.sic.gov.co/SICFacilita/>.

Redes sociales Twitter y Facebook.

Vía telefónica:

Contact Center (571) 5920400 - lunes a sábado 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

Línea gratuita nacional 018000 910165 - lunes a sábado 7:00 a.m a 7:00 p.m.

Bogotá PBX (571) 5870000 - lunes a viernes 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Vía presencial electrónica:

- Kiosco interactivo ubicado en la sede central SIC Carrera 13 No. 27-00 Piso 1, Edificio Bochica, Bogotá, atendido por un asesor profesional de lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:30 p.m.
- 3 Kioscos interactivos ubicados de manera rotativa en diferentes centros comerciales de Bogotá, atendidos por un asesor profesional en los horarios de apertura al público establecidos por cada centro comercial.

El servicio de Virtual Hold

Es una alternativa telefónica que la entidad pone a disposición de los ciudadanos para que soliciten la devolución de llamadas a su celular o línea fija, con este servicio se busca brindarle comodidad a los usuarios y evitarles el tiempo de espera en la línea telefónica, en aquellos casos que nuestros agentes no se encuentren disponibles en ese momento.

Adicionalmente, el enfoque al cliente se planifica desde la identificación de los requisitos que desde el cliente se definen para los productos y servicios generados de los procesos misionales, como parte de la identificación de la conformidad de los mismos (ver descripción de procesos y fichas de producto no conforme - PNC). Así mismo, a través de la indagación con cierta regularidad sobre la calidad de los productos y servicios que percibe el cliente y las posibilidades de mejorar el servicio que recibe, la cual es analizada desde la estrategia experiencia SIC.

6.7 Modelo de Operación

El modelo de operación por procesos de la Entidad permite armonizar la misión y visión institucional al cumplimiento de los objetivos institucionales.

De acuerdo con lo anterior, el modelo de operación está conformado por los macroprocesos indicados en el mapa de procesos, los cuales están implementados a través de procedimientos e instructivos identificados para cada proceso y la realización de actividades permanentes de mejora continua. Las interrelaciones de entrada y de salida se encuentran definidas en las caracterizaciones de los procesos. Los Macroprocesos, procesos y documentación asociada se encuentra publicada en la IntraSIC para consulta de los servidores públicos al igual que en la en la página web con acceso al público en general.

Para la definición de los macroprocesos que conforman la operación de la Entidad, se tuvo en cuenta las disposiciones legales que le asignan las funciones a la SIC y el conjunto de planes y programas establecidos para el cumplimiento de los objetivos institucionales.

Establecidos los macroprocesos fueron clasificados teniendo en cuenta su naturaleza y su función, así:

- **Procesos estratégicos:** son aquellos procesos en los cuales se determinan, políticas, estrategias, se fijan objetivos y se retroalimenta a la alta dirección sobre la gestión institucional.
- **Procesos misionales:** son aquellos que permiten dar cumplimiento las funciones asignadas a la entidad y tienen impacto en los ciudadanos que reciben los productos y servicios de la Entidad.
- **Procesos de apoyo:** son aquellos en los cuales se gestionan los recursos necesarios para el desarrollo de los procesos estratégicos, misionales y de seguimiento, evaluación y control.
- **Procesos de seguimiento, evaluación y control:** son aquellos que permiten verificar que las acciones previstas se cumplieron de conformidad con lo planeado y el grado en el que se obtuvieron los resultados previstos.

Figura 2: Mapa de Procesos



Para facilitar la interacción entre el Estado y el ciudadano, la entidad cuenta con trámites y otros procedimientos administrativos – OPAS, que les permiten acceder a un derecho, ejercer una actividad o cumplir con una obligación prevista por la Ley.

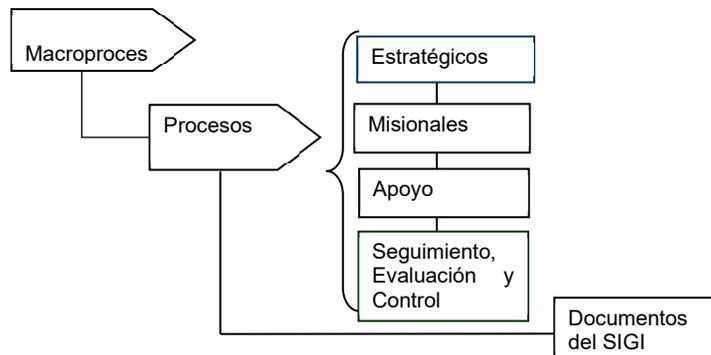
Estos trámites están definidos en los procedimientos que cumplen con los objetivos estratégicos y los requerimientos de los usuarios institucionales.

De acuerdo con lo anterior, la Superintendencia define su Política de Operación orientada al compromiso de realizar las actividades que le competen de una forma eficaz, eficiente y efectiva, por medio de la gestión orientada a los resultados y siguiendo los lineamientos descritos a continuación:

- La Superintendencia trabaja por procesos, los cuales son identificados y conocidos por los servidores públicos y contratistas de la Entidad.
- La SIC identifica, mantiene y mejora los procesos y sus interrelaciones a fin de tener un enfoque de sistema integral para la gestión.
- Las decisiones tomadas en la SIC se basan en el análisis de datos y la información relacionada con los procesos, trámites y servicios en desarrollo de las funciones asignadas por normas legales.

En la figura 3 se esquematiza el Modelo de Operación basado en procesos su clasificación y la jerarquización del mismo.

Figura 3. Esquema Modelo de Operación



Fuente: OAP

6.8 Funciones y Responsabilidades

Por medio del Resolución 11753 de 2015 adopta el manual específico de funciones y de competencias laborales para los empleos de la planta de personal de la Superintendencia de Industria y Comercio.

En dicho manual se establecen los requisitos de estudio y experiencia que deben cumplir quienes ocupen los cargos de la planta de personal, asegurando de esta forma la idoneidad del personal de la Superintendencia.

6.9 Comunicación Interna

Los sistemas de gestión que componen el SIGI realizan sus comunicaciones internas, siguiendo las políticas y procedimientos de la comunicación institucional la cual se encuentran establecidas en el instructivo de comunicaciones CS03-I02.

CAPITULO II. SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN INSTITUCIONAL – SIGI

1. DESCRIPCIÓN DEL SIGI

La alta dirección garantiza la implementación del SIGI en la SIC, a través del seguimiento que se haga a la implementación de las políticas del MIPG en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, la evaluación de objetivos preestablecidos y la retroalimentación de los comités de gestión, las cuales tienen como función general, analizar y evaluar la gestión adelantada y efectuar recomendaciones de mejoramiento de manera que se dé cumplimiento a los criterios de eficiencia, eficacia y oportunidad, en orden al logro de la misión, visión, objetivos y funciones que la ley y los reglamentos le señala a la SIC.

La dirección del Sistema Integral de Gestión Institucional está a cargo del Superintendente de Industria y Comercio, los Superintendentes Delegados, el Secretario General, y los Jefes de Oficina.

1.1 Roles, Responsabilidades y Autoridades

El Jefe de la Oficina Asesora de Planeación es el representante de la alta dirección para el Sistema de Gestión de Calidad, el Secretario General es el representante de la alta dirección para el Sistema de Gestión Ambiental, el Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo y el Sistema de Gestión de Entidad Familiarmente Responsable para la Gestión de la Conciliación, el Director de Investigaciones para el Control y Verificación de Reglamentos Técnicos y Metrología Legal es el representante de la dirección para el Sistema de Gestión para la Competencia de los Laboratorios de Ensayo y Calibración y el Jefe de la Oficina de Tecnología e Informática es el Representante del Sistema de Seguridad de la Información¹.

La descripción del sistema en el Manual Integral de Gestión Institucional sirve para fijar por escrito todas las medidas que permitan la aplicación, documentación y monitoreo de los procedimientos establecidos para garantizar la calidad de los servicios que presta.

Para la integralidad del Sistema Integral de Gestión Institucional, los representantes de la Dirección son responsables de la planeación, ejecución y revisión del SIGI.

2. POLÍTICA

2.1 Política del SIGI

La SIC establece a través de la política del SIGI una sola orientación y compromiso en el marco de la interacción de los sistemas implementados en la entidad. La política del SIGI se encuentra establecida en el Anexo 03.

2.2 Otras Políticas

La entidad define políticas, entendidas como los lineamientos generales en algunos temas transversales de carácter estratégico, con el propósito de definir el comportamiento y actuaciones adecuadas que se espera de todos los servidores públicos y contratistas.

Las Políticas definidas en la Entidad deben cumplir los siguientes parámetros:

- Deben ser expedidas por el Superintendente de Industria y Comercio.
- En su contenido debe establecer las pautas sobre cómo se adelantarán los temas que regulan.
- La dependencia encargada de proyectarla debe asegurar su permanente actualización y publicación.
- El líder de la política deberá ser el encargado de gestionar su aprobación y previo a la firma del Superintendente se deberá socializar en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño –CIGD.

¹ Resolución Número 26472 de 2020

- Así mismo debe seguir el flujo de revisión, actualización y aprobación en el módulo de documentos del SIGI. De acuerdo con lo dispuesto en el procedimiento SC01-P01 Documentación y Actualización del Sistema Integral de Gestión Institucional – SIGI.

3. OBJETIVOS DEL SIGI

De acuerdo con la política del SIGI establecida por la SIC se definen los siguientes objetivos:

- Contribuir a resolver efectivamente las necesidades de los ciudadanos y demás grupos de interés a través de la mejora de los procesos y procedimientos.
- Identificar, documentar, prevenir y mitigar los riesgos asociados a los procesos de la Entidad de acuerdo a lo establecido en la Política de Administración de Riesgo.
- Identificar, prevenir, minimizar y controlar los factores de riesgo prioritarios presentes en la Entidad y que pueda generar accidentes laborales y enfermedades profesionales, de tal forma que se mantengan condiciones de trabajo seguras.
- Identificar, prevenir, minimizar y controlar los impactos ambientales y la contaminación derivada de las actividades de la Superintendencia, por medio de la implementación de programas de control que incluyan la reutilización, el reciclaje y el uso eficiente y racional de los recursos.
- Establecer acciones correctivas y preventivas con miras al mejoramiento del SIGI.
- Garantizar al usuario la entrega de los resultados de calibraciones confiables y oportunas.
- Preservar la confidencialidad, integridad y disponibilidad de los activos de información de la Entidad.

4. COMPROMISO DE LA ALTA DIRECCIÓN

La alta dirección define y direcciona el desarrollo e implementación del SIGI de acuerdo con los lineamientos del Código de Integridad, de igual manera, se compromete a implementar un Sistema Integral de Gestión, el cual contempla aspectos de Calidad, Ambiente, Seguridad y Salud en el Trabajo, Seguridad de la Información y Gestión de los Laboratorios de calibración, de acuerdo con la normatividad establecida para cada uno de los sistemas mencionados.

Así mismo, se compromete con el fortalecimiento de los mecanismos de participación ciudadana con el fin de mantener una fluida interacción con la ciudadanía.

El SIGI tiene como marco de referencia los siguientes sistemas de gestión:

- Sistema de Gestión Ambiental.
- Sistema de Gestión de Calidad.
- Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- Sistema de Gestión de los Laboratorios de Calibración
- Sistema de Gestión de Seguridad de la Información.
- Sistema de Gestión de la Conciliación Entidad Familiarmente Responsable (efr)

La alta dirección mantiene comunicación con los laboratorios de la SIC, mediante correos electrónicos, reuniones, comités de gestión, entre otros, permitiendo asegurar que los procesos de comunicación establecidos son los apropiados dentro del laboratorio y que la comunicación se efectúa considerando la eficacia del sistema de gestión.

Así mismo, frente al SGL, la alta dirección mantiene su integridad cuando se planifican e implementan cambios a través de la revisión por la dirección.

5. PLANIFICACIÓN DEL SIGI

La planificación del SIGI consiste en definir y conocer las especificaciones de cada uno de los sistemas que lo integran para iniciar su implementación, ejecución y mantenimiento. Se realizará por medio de las siguientes actividades:

- Identificar las necesidades del usuario y partes interesadas
- Identificar, evaluar y controlar los riesgos y peligros en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo presentes en las actividades realizadas día a día.
- Implementar el Programa de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- Identificar los aspectos e impactos ambientales, y definir los programas de Gestión Ambiental para minimizar los impactos críticos.
- Preparar y mantener la documentación del SIGI, estableciendo control de vigencia, seguimiento e implementación de los procedimientos y registros.
- Las actividades propias del sistema de seguridad de la información.
- Las actividades propias del Sistema de Gestión para la Competencia de los Laboratorios de Ensayo y Calibración.

La planificación del SIGI, se realiza dentro del procedimiento DE01-P01 Formulación de la planeación institucional en donde se tienen en cuenta aspectos como recurso humano, financiero, operativo, actividades de mejora y recomendaciones presentadas por la Revisión de la Alta Dirección. Es responsabilidad de los Representantes de la Dirección para cada uno de los sistemas la planeación, ejecución y revisión del SIGI.

La integralidad del SIGI se mantiene cuando se planifican o implementan cambios a través del canal de comités establecidos en la SIC, en la cual participan todos los servidores públicos quedando evidencia en las actas de sus sesiones.

Los cambios que se realicen en el SIGI serán planificados ya que se debe establecer las acciones que permitan la continuidad eficiente del Sistema sin que dicho cambio afecte negativamente. Todo cambio sustancial requerirá ser aprobado en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño.

Los cambios de mayor importancia están dados por el cumplimiento de las disposiciones legales vigentes, por ello se hace necesario la permanente identificación, evaluación y divulgación a los servidores públicos de las normas legales vigentes aplicables en las actividades que cada uno realiza en la entidad. De la permanente actualización, evaluación y divulgación es responsable cada Representante de la Dirección para los sistemas que componen el SIGI.

6. REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

Para la revisión por la Dirección se sigue lo establecido en el procedimiento CI02-P01 Revisión por la Dirección.

Sin perjuicio de lo anterior, y de acuerdo con la normatividad vigente en cada uno de los sistemas que integran el SIGI, se podrán establecer los mecanismos para la revisión por la Dirección que sean definidos por sus representantes.

Las recomendaciones que se deriven de este ejercicio son insumo en la elaboración del Plan de Acción Anual de la siguiente vigencia.

7. MEJORA

Para determinar las acciones de mejora se sigue el procedimiento CI02-P05 acciones correctivas y preventivas.

8. ACCIONES CORRECTIVAS

Para la identificación y definición de acciones correctivas en desarrollo de las funciones que cumple la Superintendencia de Industria y Comercio, así como en temas ambientales y de seguridad y salud en el trabajo, se tiene establecido el CI02-P05 Procedimiento Acciones correctivas y preventivas.

9. ACCIONES PREVENTIVAS

Para la identificación y definición de acciones preventivas en desarrollo de las funciones que cumple la Superintendencia de Industria y Comercio, así como en temas ambientales y de seguridad y salud en el trabajo, se tiene establecido el CI02-P05 Procedimiento Acciones correctivas y preventivas.

	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN INSTITUCIONAL - SIGI	Código: SC01-M01
		Versión: 21
		Página 35 de 140

10. REQUISITOS DE LA DOCUMENTACIÓN

En la modelación de los procesos se tiene como base la integralidad con otros componentes del SIGI como son el Sistema de Trámites, el Sistema Único de Información de Trámites – SUIT, las Tablas de Retención Documental - TRD, el Sistema de Planeación y Seguimiento, Manual de Funciones y Competencias Laborales y el cumplimiento de las disposiciones legales.

Esta integralidad permite que la documentación que se elabora dentro del SIGI fije por escrito la forma de operar en la Entidad.

Con el fin de que los logros de la Entidad sean permanentes y se posibilite la mejora de procesos se estableció un esquema documental donde se reflejan los métodos de trabajo definidos. Cada servicio o trámite que adelanta la Entidad, ha especificado el procedimiento que se aplica con los recursos asociados que deben tenerse en cuenta, quién debe aplicarlos y cuándo deben aplicarlos, para garantizar la calidad de los servicios que se prestan. Los procedimientos permanecen en proceso de revisión permanente lo cual permite mantener un proceso de mejoramiento continuo estable y proactivo.

La estructura jerárquica de los documentos utilizados en el SIGI de la Superintendencia, cumple con los criterios establecidos en el procedimiento SC01-P01 Documentación y actualización del Sistema Integral de Gestión Institucional – SIGI y se describe en la siguiente figura:

Figura 4: Estructura Jerárquica Documentación



Fuente: OAP

La Entidad ha establecido y se asegura de mantener el presente manual que incluye:

- a) El alcance del Sistema Integral de Gestión Institucional
- b) Política del Sistema Integral de Gestión Institucional
- c) Objetivos Sistema Integral de Gestión Institucional
- d) Descripción de los sistemas que integran el SIGI

10.1 Control de documentos

El control de documentos en la Entidad se realiza de acuerdo con lo establecido en el procedimiento SC01 - P01 documentación y actualización del sistema integral de gestión institucional – SIGI

Revisión, actualización y aprobación de documentos.

Para generar, actualizar y controlar los documentos que hacen parte del SIGI, se asignó ésta función al Representante de la Dirección para Calidad y se establecieron los siguientes documentos:

CÓDIGO DOCUMENTO	TÍTULO
SC01-P01	Documentación y actualización del sistema integral de gestión Institucional - SIGI.
GD01-P01	Procedimiento de archivo y retención documental

10.2 Control de Registros

El sistema de identificación, recolección e indexación de los registros que se generan al interior de la Superintendencia, al igual que su mantenimiento, acceso y archivo se encuentra descrito en el Procedimiento de Archivo y Retención Documental GD01-P01.

11. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA

Se realiza seguimiento, mediciones y análisis de los procesos con el fin de establecer acciones correctivas y preventivas para garantizar que el trabajo diario contribuya al logro de los objetivos institucionales, procedimiento seguimiento a la planeación institucional DE02-P01.

Mediante procesos de mejoramiento continuo y buscando cada día satisfacer las necesidades de la ciudadanía, desde el 2017 se viene implementando una estrategia asociada a conocer la percepción de los grupos de valor internos y externos sobre los trámites y servicios que ofrece la SIC (ExperienciaSIC).

Igualmente, se realizan a intervalos planificados, el monitoreo de riesgos y la conformidad de los productos y servicios, a través de la verificación del cumplimiento de los requisitos establecidos para cada uno de estos.

12. AUDITORÍA INTERNA

Las auditorías del SIGI son coordinadas por la Oficina de Control Interno. Para la realización de las auditorías se sigue lo establecido en el procedimiento CI02-P02, Auditorías Sistema Integral de Gestión Institucional. El seguimiento a los planes de mejoramiento lo realiza conforme a lo establecido en el instructivo CI01-I04 planes de mejoramiento.

1. CONTEXTO AMBIENTAL DE LA ENTIDAD

La Entidad ha determinado las cuestiones externas e internas que son pertinentes para lograr los objetivos ambientales y que pueden afectar la capacidad para lograr los resultados previos del Sistema de Gestión Ambiental. El contexto ambiental se realiza de acuerdo con lo establecido en el procedimiento de formulación de la planeación institucional DE01-P01.

2. PARTES INTERESADAS DEL SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL

La entidad ha establecido cuáles son las partes interesadas que son pertinentes al Sistema de Gestión Ambiental, así como también cuáles son las expectativas y necesidades, es decir requisitos de estas partes interesadas:

- Alta dirección
- Servidores públicos y contratistas
- Gobierno
- Usuarios
- Vecindad
- Proveedores
- Ente certificador de la norma ISO 14001

3. NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LAS PARTES INTERESADAS

Una vez identificadas las partes interesadas, se determinaron las necesidades y expectativas, que se convierten en obligaciones de cumplimiento, con el fin de determinar los límites y la aplicabilidad del Sistema de Gestión Ambiental - SGA.

Parte interesada	Necesidad	Expectativa	¿Requisito legal?
Alta dirección	Determinar Metas para el cumplimiento de Los objetivos del SGA.	Cumplimiento de metas SGA	Si
Servidores públicos y contratistas	Contribución a la eficacia del SGA incluidos los beneficios de un mejor desempeño.	Conocimiento de la política ambiental y el cumplimiento de los requisitos ambientales de la SIC.	Si
Gobierno	Establecimiento de regulación viable para el Control y/o	Cumplimiento de los requisitos legales Establecidos.	Si

Parte interesada	Necesidad	Expectativa	¿Requisito legal?
	minimización de los impactos ambientales		
Usuarios	Atención al usuario constate, que no se detenga la operación de la SIC como consecuencia de un cierre ordenado por alguna entidad gubernamental, como sanción por el incumplimiento de alguna normativa ambiental.	Una entidad Gubernamental amigable con el Medio Ambiente donde se controlen los impactos ambientales. Donde los procesos generen una mínima contaminación	Si
Vecindad	Un Medio Ambiente libre de contaminación.	La entidad cumpla con lo relacionado a Emisiones Atmosféricas, Tratamiento de Residuos.	Si
Proveedores	Establecer requisitos ambientales en la contratación de la entidad	Cumplimiento de los requisitos legales Establecidos a través de terceros, mediante el programa de compras públicas sostenibles	Si
Ente certificador	Que la entidad cumpla con los requisitos establecidos en la Norma ISO 14001:2015	Un Sistema de Gestión Ambiental en Mejora continua y cumplimiento permanente de los requisitos Legales y otros requisitos	VOLUNTARIO

Fuente: Elaboración propia

Mediante Resolución 21781 de 2012 se designó al Secretario General como Representante de la Dirección para los sistemas de Gestión, dentro de cual está el Sistemas de Gestión Ambiental, quien tiene dentro de sus funciones:

- Efectuar la gerencia integral para alcanzar el éxito del proyecto y la implementación del Sistema de Gestión Ambiental y el de Seguridad y Salud en el Trabajo en la Entidad.
- Generar al interior de la Superintendencia las acciones necesarias para el adecuado desarrollo, implementación, mantenimiento, revisión y perfeccionamiento del Sistema Integral de Gestión Ambiental y de Seguridad y Salud en el Trabajo.

- Informar al Superintendente sobre el desempeño del Sistema Integral de Gestión Ambiental de Seguridad y Salud en el Trabajo, así como cualquier necesidad de mejora.
- Procurar que el Sistema Integral de Gestión Ambiental y de Seguridad y Salud en el Trabajo este alineado con la política, propósitos y objetivos del Sistema Integral de Gestión Institucional –SIGI.
- Asegurar la promoción de una cultura ambiental y de Seguridad y Salud en el Trabajo en servidores públicos, contratistas y visitantes, acorde con las políticas y directrices del Sistema Integral de Gestión Ambiental y Seguridad y salud en el trabajo.
- Interactuar con las instancias necesarias para la adecuada implementación y mantenimiento del Sistema Integral de Gestión Ambiental y Seguridad y Salud en el Trabajo de la Superintendencia.

4. IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS, EVALUACIÓN Y CONTROL DE IMPACTOS AMBIENTALES.

Dentro del alcance definido del Sistema de Gestión Ambiental, la organización determino los aspectos ambientales de sus actividades, productos y servicios que puede controlar y de aquellos en los que puede influir, así como también sus impactos ambientales asociados. Esta Matriz se encuentra identificada en el SIGI de la siguiente manera:

Código SC03-F01 - Matriz de identificación de aspectos, evaluación y control de impactos ambientales.

La SIC establece como método para identificación de los aspectos ambientales una adaptación a la metodología del centro nacional de producción más limpia, el cual se contempla en el procedimiento SC03-P01 - procedimiento para la identificación, evaluación y control de aspectos e impactos ambientales, metodología propuesta por la SDMA Secretaria Distrital del Medio Ambiente que se ajusta con lo exigido en el numeral 6.1.2 aspectos ambientales significativos de la Normal ISO 14001:2015.

Los impactos ambientales deben identificarse para formular medidas de mitigación los impactos significativos, implementar acciones de protección ambiental, establecer programas de monitoreo, consumo racional, producción sostenible, sistemas de gestión y cumplir con las obligaciones normativas. De igual manera, será el servidor público o contratista encargado del Sistema de Gestión Ambiental el responsable de actualizar la matriz de identificación de aspectos, evaluación y control de impactos ambientales SC03-F01 una vez al año o cada vez que se requiera. Al finalizar la actualización se dejará constancia del año, mes y día en la que se realizó.

A continuación, se relacionan los aspectos e impactos ambientales a considerar teniendo en cuenta las actividades que se desarrollan en la Entidad:

RECURSOS	ASPECTOS AMBIENTALES	IMPACTOS AMBIENTALES
Agua	<ul style="list-style-type: none"> - Consumo de agua. - Vertimientos. - Desperdicio de Agua. 	<ul style="list-style-type: none"> - Agotamiento de los recursos naturales. - Contaminación de agua.
Energía	<ul style="list-style-type: none"> - Generación de residuos no aprovechables. - Generación de residuos aprovechables. - Generación de residuos peligrosos y especiales 	<ul style="list-style-type: none"> - Sobrepresión del relleno sanitario. - Aumento de la vida útil del relleno sanitario. - Contaminación del ambiente.
Aire	<ul style="list-style-type: none"> - Generación de olores y vapores. - Generación de emisiones atmosféricas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Contaminación del aire. - Agotamiento en la capa de ozono.
Visual	<ul style="list-style-type: none"> - Publicidad visual exterior. 	<ul style="list-style-type: none"> - Contaminación visual
Otros	<ul style="list-style-type: none"> - Educación ambiental. - Adquisición de bienes y servicios. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fomento de buenas prácticas ambientales. - Reducción en la afectación ambiental.

Fuente: Elaboración propia

Nota 2: Si se identifican aspectos o impactos ambientales adicionales a los mencionados anteriormente, se podrán registrar en la Matriz de aspectos e impactos.

5. IDENTIFICACIÓN, ACCESO Y EVALUACIÓN DE REQUISITOS LEGALES Y OTROS REQUISITOS

La matriz de identificación, acceso y evaluación de requisitos legales y otros requisitos SC03-F02, es una herramienta que permiten a la Superintendencia de Industria y Comercio delimitar las normas de carácter constitucional, legal, reglamentario, de autorregulación y de otra índole que le son aplicables para su debida actuación en la implementación del Sistema de Gestión Ambiental.

Los requisitos ambientales legales se encuentran identificados en la matriz de identificación, acceso y evaluación de requisitos legales y otros requisitos – SC03-F02, esta matriz identifica Leyes, Decretos, Acuerdos, Circulares, Resoluciones, Normas, Decisiones, entre otros actos administrativos de interés para la Superintendencia que permiten identificar las competencias, responsabilidades y funciones de los diferentes procesos y dependencias, los cuales reflejan el compromiso de la entidad con el medio ambiente y demás partes interesadas.

Una vez actualizada la matriz de Identificación, acceso y evaluación de requisitos legales y otros requisitos SC03-F02, el servidor público o contratista a cargo del Sistema de Gestión Ambiental evalúan el cumplimiento de la normatividad ambiental como mínimo una vez al año o cada vez que se requiera. Esta evaluación se realiza con base en las evidencias

suministradas para demostrar el cumplimiento de la norma asociada, en esta evaluación se diligenciará:

- Cumplimiento (SI / NO / PARCIAL / INFORMATIVO)
- Observaciones (El o los documentos donde se evidencia el cumplimiento)

Todo lo anterior se establece en el procedimiento SC01-P04 - procedimiento de identificación y acceso a requisitos legales.

6. OBJETIVOS AMBIENTALES

La Entidad cuenta con planes y programas ambientales con el fin de mitigar los impactos ambientales identificados en las actividades de trabajo de la Entidad, por lo que cada uno de ellos cuenta con un objetivo ambiental:

Programa de Gestión para el Manejo y Disposición de Residuos Sólidos

Código SIGI: SC03-F13

Objetivo: Establecer los lineamientos para la gestión de residuos sólidos de la Superintendencia de Industria y Comercio con el fin de minimizar el impacto ambiental y aumentar el aprovechamiento de los mismos.

Indicador: Medición del aprovechamiento de los residuos generados. (Meta establecida del año en vigencia).

Programa de Gestión para el Uso Eficiente y Racional de la Energía.

Código SIGI: SC03-F14

Objetivo: Promover un consumo eficiente, racionalizado y responsable de energía eléctrica, mediante acciones y cambios de hábitos en el uso diario de los equipos e instalaciones de la sede de la Superintendencia de Industria y Comercio.

Indicador:

- Seguimiento de consumo racionalizado de energía. (Meta establecida del año en vigencia).
- Consumo de energía eléctrica per cápita. (Meta establecida del año en vigencia).

Programa de Gestión para el Uso Eficiente y Racional del Agua.

Código SIGI: SC03-F15

Objetivo: Establecer e implementar buenas prácticas en el uso eficiente y racional del agua, contribuyendo en la conservación del recurso, dando cumplimiento a lo dispuesto en la normativa vigente.

Indicador: Debido a que la Entidad se encuentra en arriendo y no cuenta con contadores individuales para las oficinas que tiene en arriendo en el Edificio Bochica y que el arrendador tiene un solo contador para todos los arrendatarios e incluye el cobro del consumo de agua dentro de los Canon de arrendamiento, no es posible tener un indicador de consumo de agua, ya que no se cuenta con facturas de las oficinas.

Programa de Compras Públicas Sostenibles.

Código SIGI: SC03-F20

Objetivo: Incorporar criterios ambientales de sostenibilidad en los procesos de contratación de bienes, servicios y obras que se adelanten en la Superintendencia de Industria y Comercio.

Indicador: Inclusión de criterios ambientales (Meta establecida del año en vigencia).

Plan de Gestión Integral de Residuos Peligrosos.

Código SIGI: SC03-F16

Objetivo: Establecer los lineamientos internos para el manejo de los residuos peligrosos generados por las actividades de la Superintendencia de Industria y Comercio en cumplimiento del Decreto 1076 de 2015 y la normatividad vigente.

Plan de Preparación y Respuesta ante una Emergencia Ambiental.

Código SIGI: SC03-F17

Objetivo: Establecer medidas de contingencia para el manejo de emergencias que comprometan la calidad del medio ambiente y sus recursos, como una herramienta estratégica, que permita coordinar la prevención, el control de las mismas, que se presente en el desarrollo de las actividades de la Superintendencia de Industria y Comercio.

7. PLANIFICACIÓN Y CONTROL OPERACIONAL AMBIENTAL

La entidad planifica sus acciones operaciones mediante los cronogramas de actividades de cada uno de sus programas y planes ambientales, el detalle de cada cronograma se realiza de manera anual y queda plasmado para su cumplimiento en el plan de acción del Grupo de Gestión Documental y Recursos Físicos.

De igual manera, en el plan de acción están plasmados responsables, inicio, finalización, entregables, y porcentajes de cumplimientos de las actividades.

Este plan de acción es conocido por todos los servidores públicos, ya que se publica para conocimiento de todos en Intrasic - <http://intrasic/planeacion/seguimiento> donde se encuentran publicados todos los planes de acción de las áreas de la Entidad.

Por otro lado, de acuerdo a la perspectiva del ciclo de vida, la Entidad establece controles para asegurar los requisitos ambientales legales mediante la inclusión de criterios ambientales en los procesos de contratación de la Entidad. Así mismo, la Entidad ha priorizado los contratos que más tienen influencia en el tema ambiental, dentro de procesos de contratación están:

- a) Servidores Públicos
- b) Mantenimiento de vehículo
- c) Mantenimiento locativo.
- d) Servicios de impresión de la SIC.
- e) Lavados de vehículos de propiedad de la SIC.
- f) Mesa de servicios.
- g) Servicio de atención de emergencias médicas para los funcionarios de la entidad y todas las personas que lo requieran dentro de las instalaciones de la Superintendencia de Industria y Comercio.

- h) Prestación de los servicios de evaluaciones médicas ocupacionales.
- i) Aseo y Cafetería.
- j) Papelería.
- k) Compra y mantenimiento de equipos de Cómputo.
- l) Mantenimiento de Aires Acondicionados.
- m) Compra de mobiliario.

Cabe aclarar que algunos de los anteriores procesos mencionados se realizan a través de Colombia Compra Eficiente y la Entidad debe acogerse a los criterios que sean incorporados en este tipo de procesos.

El procedimiento para la inclusión de criterios ambientales se encuentra documentado en el SIGI en el proceso ambiental bajo el código SC03-F20 - Programa de Compras Públicas Sostenibles.

CAPITULO IV. SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

1. ALCANCE

El sistema de gestión de calidad, tiene como marco de referencia el enfoque al ciudadano, además de las cuestiones internas y externas identificadas en el contexto estratégico de la entidad de acuerdo con lo previsto en el procedimiento DE01- P01 Formulación de la planeación institucional, los requisitos de las partes interesadas (usuarios, beneficiarios,

destinatarios, requisitos de Ley y reglamentarios, propios de la organización), los trámites y otros procedimientos administrativos ofrecidos por la entidad y disponibles en www.sic.gov.co.

De acuerdo con lo anterior, el alcance del Sistema de Gestión de Calidad cubre trámites y servicios ofrecidos por la SIC, en relación con propiedad industrial, protección del consumidor y competencia desleal (facultades administrativas y jurisdiccionales), reglamentos técnicos y metrología legal, protección de datos personales, protección de la competencia, y cámaras de comercio, de acuerdo con las disposiciones legales vigentes.

2. RIESGOS

Para la Superintendencia de Industria y Comercio es de vital importancia la prevención, mitigación y el control de los riesgos asociados a sus procesos. Por lo anterior y consciente que en el desarrollo de sus actividades se generan riesgos o eventos no deseables que pueden afectar el desempeño de sus objetivos, se compromete a:

- Identificar las potenciales actividades que puedan generar un riesgo.
- Definir los riesgos asociados a las actividades y su tipología.
- Analizar y calificar la probabilidad e impacto del riesgo antes de controles.
- Identificar, clasificar y valorar los controles que permitan prevenir y mitigar su materialización.
- Analizar y calificar los riesgos después de controles.
- Formular los planes de tratamiento de los riesgos.
- Formular planes de contingencia en caso de materialización de un riesgo.
- Monitorear, evaluar, comunicar y hacer seguimiento a la gestión.

Todo lo anterior dando cumplimiento a los compromisos legales y la normatividad vigente aplicable y el procedimiento

3. CONTROL DE PRODUCTO NO CONFORME-PNC

Los líderes de los procesos son los responsables de la identificación y tratamiento del producto no conforme a fin de prevenir que estos lleguen al usuario y evitar su uso o retirarlos del servicio, atendiendo lo establecido en el procedimiento CI02-P03 Producto no conforme.

Así mismo, cada uno de los sistemas que integran el SIGI, de acuerdo con la normatividad aplicable utiliza mecanismos internos para identificar su producto no conforme.

Tal es el caso del Instructivo SC04-I06 Investigación de Incidentes y Accidentes de Trabajo a fin de determinar las deficiencias que no son evidentes y otros factores que podrían causar o contribuir a que ocurran accidentes.

Se tienen establecidos instrumentos para el oportuno y continuo reporte de casi-accidentes y accidentes de seguridad industrial, salud en el trabajo y ambiente, asegurando el menor impacto para la entidad y sus servidores públicos, a la vez que funcionan como lecciones aprendidas. Igualmente se tiene el formato “Reporte de actos y condiciones inseguras”, el cual permite a los servidores públicos participar activamente en la identificación de peligros. Es responsabilidad del Grupo de Trabajo de Desarrollo de Talento Humano hacer el seguimiento y la divulgación de la investigación y de las actividades de control en casi-accidentes, accidentes, actos y condiciones inseguras reportadas.

Con el fin de minimizar las pérdidas humanas, de proceso y de infraestructura en caso de una emergencia, en la SIC se ha establecido el SC03-F17 Plan de Preparación y Respuesta ante una Emergencia Ambiental y el SC04-F30 Plan de Emergencias que Aplica para las Emergencias de Seguridad y Salud en el Trabajo.

La responsabilidad por la elaboración, implementación, mantenimiento, mejora y divulgación de estos planes es de la Dirección Administrativa y del Grupo de Desarrollo de Talento Humano respectivamente.

Con el fin de detectar y valorar los factores de riesgo asociados a condiciones inseguras de origen técnico u organizacional que en muchos casos no se detectan a primera vista se ha establecido el SC04-I07 Instructivo para la Realización de Inspecciones de Seguridad, que aplica a todas las áreas y actividades donde sea posible verificar condiciones de seguridad presentes.

CAPITULO V. SISTEMA DE GESTIÓN PARA LA COMPETENCIA DE LOS LABORATORIOS DE ENSAYO Y CALIBRACIÓN

1. OBJETIVO

Garantizar a través del presente capítulo las disposiciones necesarias para dar cumplimiento a lo definido en la norma NTC ISO/IEC 17025:2017; permitiendo así que los resultados entregados a los usuarios cumplan con las características descritas en el presente manual.

2. REFERENCIAS NORMATIVAS

Las referencias normativas pueden ser consultadas en el capítulo I, Numeral 5 del presente manual.

3. TÉRMINOS Y DEFINICIONES

Los términos y definiciones relacionados con el Sistema de Gestión para la Competencia de los Laboratorios de Ensayo y Calibración se encuentran definidos en el Capítulo I, numeral 3 Glosario.

4. REQUISITOS GENERALES

4.1. Imparcialidad

4.1.1. Los laboratorios realizan sus actividades de manera imparcial y estructurada, y se gestiona a través del registro “Convenio de confidencialidad, independencia e imparcialidad aplicable a los laboratorios de calibración RT03-F04”. El laboratorio cuenta con la siguiente estructura:



4.1.2. La dirección de los laboratorios se compromete a través del “convenio de confidencialidad, independencia e imparcialidad aplicable a los laboratorios de calibración RT03-F04” y mediante la revisión por la dirección.

4.1.3. Los laboratorios toman medidas para asegurar que su personal está libre de cualquier presión comercial, financiera o de otro tipo, que pueda afectar adversamente la calidad de su trabajo, como lo indica el registro RT03-F04, el cual se encuentra firmado por todo el personal involucrado en las actividades de los laboratorios (externos e

internos), este registro se diligencia solo una vez para servidores públicos y para contratistas en cada vigencia.

4.1.4. Los laboratorios a través de los monitoreos de riesgos trimestrales identifican la existencia de los potenciales conflictos de interés, que se pueden generar en todas las actividades, a través del mapa de riesgos por proceso SC01-F07, el cual puede ser consultado en el aplicativo SIGI, proceso de calibración.

4.1.5. Los laboratorios cuentan con el mapa de riesgos por proceso SC01-F07, donde se relacionan los potenciales conflictos de interés, su respectivo control y tratamiento, con el fin de minimizar el riesgo.

En caso de presentarse un conflicto de interés se llevarán a cabo las siguientes actividades:

- Analizar e identificar el posible conflicto de interés
- En caso de presentarse un conflicto de interés, este se reporta a través del monitoreo de riesgos y a la alta dirección bajo la norma NTC ISO/IEC 17025
- Realizar un análisis de causas y de ser necesario se plantean acciones correctivas.
- Actualizar el mapa de riesgos por proceso

4.2. Confidencialidad

4.2.1. Los laboratorios son responsables de la confidencialidad de la información de los usuarios y de la gestión de toda la información obtenida o generada, garantizando la no divulgación, a través del registro RT03-F04.

4.2.2. Se mantendrá la confidencialidad de la información, en los términos en que lo exigen las normas bajo las cuales nos fue otorgada la acreditación, salvo orden judicial o administrativa de la autoridad competente, en caso de ser necesario se le comunicará al usuario.

4.2.3. Si se recibe una queja por parte de un tercero (fuente) de un usuario del laboratorio, esta se maneja de manera confidencial, a menos que se haya acordado con la fuente.

4.2.4. Toda persona externa e interna, ajena a los laboratorios, que actúen en nombre del laboratorio debe diligenciar el formato RT03-F04.

5. REQUISITOS RELATIVOS A LA ESTRUCTURA

5.1. Descripción Legal de la SIC

Todos los requisitos relativos a la estructura de la SIC, se encuentran descritos en el Capítulo I, Numeral 6 del presente manual.

5.2. Responsabilidad General del Laboratorio

De acuerdo con lo descrito en el Capítulo II, del presente manual el laboratorio identifica al director (a) de Investigaciones para el Control y Verificación de Reglamentos Técnicos y Metrología Legal como el responsable general del laboratorio, a través de la resolución 26472 de 2020.

5.3. Alcance del Laboratorio

Los laboratorios realizan las actividades de calibración cumpliendo con los requisitos de la norma NTC ISO/IEC 17025:2017 “Requisitos Generales para la Competencia de los Laboratorios de Ensayo y de Calibración”.

El laboratorio define su alcance en el anexo 4 del presente manual, teniendo en cuenta la acreditación vigente de ONAC.

5.4. Actividades del Laboratorio

Los laboratorios realizan las actividades de calibración a los usuarios, a través de los procedimientos mencionados en el presente manual, cumpliendo con los requisitos de la norma NTC ISO/IEC 17025:2017, de los usuarios, de las autoridades reglamentarias y de ONAC.

Los requisitos de los usuarios se definen a través de los registros de solicitudes de calibración, complementos de información y la lista de chequeo de recepción y entrega de equipo, así como las comunicaciones emitidas por los laboratorios de calibración.

El sistema de gestión de los laboratorios es aplicable en las instalaciones permanentes y en la de los usuarios, teniendo en cuenta lo definido en el alcance del laboratorio - anexo 4.

5.5. Estructura organizacional, responsabilidades y documentación

- a. La estructura actual de la SIC se encuentra establecida en el Decreto 4886 de 2011, como se encuentra descrito en el Capítulo I, Numeral 6.
- b. Los laboratorios cuentan con un equipo de trabajo, quienes desarrollan la responsabilidad de la dirección técnica y la de realizar las calibraciones, según lo definido en la resolución 3132 del 1 de febrero de 2021 y en los respectivos contratos (contratistas).
- c. Los laboratorios cuentan con los procedimientos necesarios para el desarrollo de sus actividades y la validez de los resultados, los cuales se encuentran en la plataforma del SIGI.

5.6. Actividades del personal

Los laboratorios cuentan con personal (La dirección de investigaciones para el control y verificación de reglamentos técnicos y metrología legal), quien tiene la autoridad y los recursos

necesarios, o delega mediante una comunicación al responsable del SGL, así mismo a cada uno de los integrantes de los laboratorios, para realizar las siguientes actividades:

- a. La implementación, el mantenimiento y la mejora del sistema de gestión;
- b. La identificación de las desviaciones del sistema de gestión, o de los procedimientos para la realización de las actividades de laboratorio;
- c. el inicio de acciones para prevenir o minimizar tales desviaciones;
- d. informar a la dirección del laboratorio acerca del desempeño del sistema de gestión y de cualquier necesidad de mejora;
- e. asegurar la eficacia de las actividades del laboratorio.

5.7. Comunicación e Integridad del SGL

La Alta Dirección del laboratorio se asegura de:

- a. La alta dirección mantiene comunicación con los servidores públicos y contratistas de los laboratorios de la SIC, mediante correos electrónicos, reuniones, comités de gestión, entre otros., permitiendo asegurar que los procesos de comunicación establecidos son los apropiados considerando la eficacia del sistema de gestión.

Cuando se presentan cambios significativos en el laboratorio, se informa al Organismo Nacional de Acreditación de Colombia a través de un oficio radicado, de acuerdo a los lineamientos establecidos en las reglas de ONAC.

Los cambios significativos son:

- Cambio o compra de equipamiento
- Cambio o renovación de instalaciones
- Cambio de personal
- Modificación y/o ampliación del alcance
- Modificación normativa para el método de calibración

- b. Mantener la integridad del SGL cuando se planifican e implementan cambios en este, a través de la revisión por la dirección.

Para la planeación de cambios en el laboratorio, frente a: recursos, riesgos y el seguimiento de las actividades planificadas, la alta dirección programa 4 reuniones al año.

6. REQUISITOS RELATIVOS A LOS RECURSOS

6.1. Generalidades

Los laboratorios cuentan con personal idóneo, instalaciones apropiadas, equipamiento adecuado, sistemas y servicios articulados por los siguientes macroprocesos: estratégicos, apoyo, seguimiento, evaluación y control, necesarios para realizar las calibraciones.

6.2. Personal

6.2.1. Toda persona que influya en las actividades de los laboratorios sea interna o externa, debe diligenciar y firmar el formato RT03-F04.

El personal de los laboratorios trabaja de acuerdo a lo definido en el SGL y es competente, esto se evidencia a través de la evaluación a los Servidores Públicos y/o contratistas realizada en el formato del RT03-F05 y/o para personal nuevo, en una nueva magnitud, a través de atestamientos en una auditoría.

6.2.2. El personal de los laboratorios documenta los requisitos de competencia (educación, formación, habilidades, conocimiento técnico y experiencia), a través de la resolución 3132 del 1 de febrero de 2021, por medio de la cual se actualiza el manual específico de funciones y competencias laborales de la Superintendencia de Industria y Comercio, también se cuenta con los estudios previos de los contratistas.

Adicionalmente se cuenta con las siguientes responsabilidades:

CARGO	RESPONSABILIDADES	ACTIVIDADES	SUPLENTE
Profesional Universitario Grado 9 y/o contratista	Responsable de la Dirección Técnica del Laboratorios de calibración	Coordinar la gestión técnica referente a la implementación a la norma ISO/IEC 17025:2017 para las calibraciones.	Profesional Universitario Grado 1 y/o contratista
		Supervisar de forma apropiada al personal del laboratorio que realiza tareas específicas.	
		Identificar necesidades de formación	
		Mantener actualizadas las evidencias de competencia.	
		Autorizar al personal del laboratorio para realizar las actividades ligadas a las calibraciones.	
Planear y supervisar las actividades técnicas de los laboratorios de calibración.			

CARGO	RESPONSABILIDADES	ACTIVIDADES	SUPLENTE
		Realizar análisis estadístico y tendencial de los resultados de las condiciones ambientales.	
		Coordinar la programación para la realización de calibraciones y elaboración de respectivos certificados de calibración e informes de instrumentos que no son aptos según verificación inicial.	
		Asegurar la realización de las calibraciones con los métodos estandarizados y normalizados por el laboratorio.	
		Detener las calibraciones cuando el trabajo no conforme sea crítico y autorizar la reanudación de las calibraciones.	
		Realizar análisis estadístico y tendencial de los resultados de las calibraciones.	
		Recibir y verificar el estado inicial de los ítems de calibración.	
		Verificar los métodos de calibración utilizados en el laboratorio.	
		Generar el informe para el ítem de calibración rechazado.	
		Gestionar el cumplimiento de los procedimientos de aseguramiento de la validez de los resultados.	
		Analizar los resultados, incluidas las declaraciones de conformidad.	
		Informar, revisar y autorizar los resultados.	
		Autorizar las modificaciones a los certificados de calibración.	
		Atender todas las auditorías que se realicen en los laboratorios.	
		Llevar a cabo la implementación, el mantenimiento y la mejora del SGL.	
		Llevar a cabo la identificación de las desviaciones del SGL, o de los procedimientos para la realización de las actividades del laboratorio.	

CARGO	RESPONSABILIDADES	ACTIVIDADES	SUPLENTE
		<p>Llevar a cabo el inicio de acciones para prevenir o minimizar tales desviaciones.</p> <p>Informar a la Directora de Investigaciones para el Control Verificación de Reglamentos Técnicos y Metrología legal, acerca del desempeño del SGL y de cualquier necesidad de mejora.</p> <p>Asegurar la eficacia de las actividades del laboratorio.</p> <p>Identificar los requerimientos del laboratorio y realizar anexos técnicos de estos.</p>	
<p>Profesional Universitario Grado 9 y/o contratista</p>	<p>Responsable del Sistema de Gestión de los Laboratorios</p>	<p>Identificar necesidades de formación.</p> <p>Realizar el acompañamiento necesario para que el personal trabaje de acuerdo con el SGL.</p> <p>Mantener actualizadas las evidencias de la competencia.</p> <p>Realizar análisis estadístico y tendencial de los resultados de las condiciones ambientales.</p> <p>Realizar análisis estadístico y tendencial de los resultados de las calibraciones.</p> <p>Recibir y verificar el estado inicial de los ítems de calibración.</p> <p>Implementar, divulgar y actualizar la documentación del SGL.</p> <p>Coordinar la implementación de los requisitos de gestión de la norma ISO/IEC 17025:2017.</p> <p>Realizar seguimiento a las actividades de implementación del SGL.</p> <p>Realizar la programación de las auditorías para los laboratorios.</p> <p>Atender todas las auditorías que se realicen en los laboratorios.</p> <p>Gestionar las acciones de mejora generadas por los laboratorios (no conformidad, acciones correctivas, acciones preventivas y trabajo no conforme).</p> <p>Compilar y analizar toda la información generada para la revisión por la dirección.</p> <p>Llevar a cabo la implementación, el mantenimiento y la mejora del SGL.</p> <p>Llevar a cabo la identificación de las desviaciones del SGL, o de los</p>	<p>Profesional Universitario Grado 1 y/o contratista</p>

CARGO	RESPONSABILIDADES	ACTIVIDADES	SUPLENTE
		<p>procedimientos para la realización de las actividades del laboratorio.</p> <p>Llevar a cabo el inicio de acciones para prevenir o minimizar tales desviaciones.</p> <p>Informar a la Directora de Investigaciones para el Control y Verificación de Reglamentos Técnicos y Metrología legal, acerca del desempeño del SGL y de cualquier necesidad de mejora.</p> <p>Asegurar la eficacia de las actividades del laboratorio</p> <p>Programar y coordinar las reuniones para el desarrollo y mejora del SGL</p>	
<p>Técnico, Profesional Universitario Grado 9 y/o Profesional Universitario Grado 1 y/o contratista</p>	<p>Responsable de las Calibraciones en el Laboratorios de masa, volumen, temperatura y humedad</p>	<p>Identificar necesidades de formación.</p> <p>Mantener actualizadas las evidencias de la competencia.</p> <p>Seguimiento y control de los registros de condiciones ambientales</p> <p>Realizar calibraciones según programación.</p> <p>Realizar cálculo de datos y verificación de los mismos en las mediciones.</p> <p>Planificar el seguimiento para las actividades de gestión metrológica de los patrones de los laboratorios.</p> <p>Ejecutar las verificaciones a los patrones de los laboratorios.</p> <p>Actualizar registros pertinentes a los patrones de referencia y de trabajo de los laboratorios.</p> <p>Planificar el seguimiento para las actividades de gestión metrológica de los patrones de los laboratorios.</p> <p>Ejecutar las comprobaciones a los patrones de los laboratorios.</p> <p>Actualizar los datos de los gráficos de control con los resultados de las mediciones realizadas.</p> <p>Recibir y verificar el estado inicial de los ítems de calibración.</p> <p>Generar el informe para el ítem de calibración rechazado</p>	<p>Técnico, Profesional Universitario Grado 1 y/o Profesional Universitario Grado 9 y/o contratista</p>

CARGO	RESPONSABILIDADES	ACTIVIDADES	SUPLENTE
		<p>Emitir resultados de medición para la elaboración de los certificados de calibración.</p> <p>Verificar los métodos de calibración utilizados en el laboratorio.</p> <p>Llevar a cabo la implementación, el mantenimiento y la mejora del SGL.</p> <p>Llevar a cabo la identificación de las desviaciones del SGL, o de los procedimientos para la realización de las actividades del laboratorio.</p> <p>Llevar a cabo el inicio de acciones para prevenir o minimizar tales desviaciones.</p> <p>Informar a la Directora de Investigaciones para el Control y Verificación de Reglamentos Técnicos y Metrología legal, acerca del desempeño del SGL y de cualquier necesidad de mejora.</p> <p>Asegurar la eficacia de las actividades del laboratorio</p> <p>Atender todas las auditorías que se realicen en los laboratorios.</p>	
<p>Todo los Servidores Públicos y contratistas del laboratorio</p>		<p>Trabajar bajo las directrices compartidas con el SIGI y lo establecido en el SGL.</p>	

Los soportes de educación, formación habilidades y experiencia reposan en el archivo de gestión de talento humano y en el SIGEP.

6.2.3. El responsable de la dirección técnica y/o suplente, evalúa a los Servidores Públicos y/o contratistas, a través del formato RT03-F05", teniendo en cuenta los siguientes casos:

- Cada semestre, con el fin de supervisar las habilidades de los servidores públicos y/o contratistas responsables de calibrar.
- Incapacidades mayores a 20 días hábiles

Nota 3:

- El semestre hace referencia de enero a junio y de julio a diciembre: se realizará la evaluación el siguiente mes.

6.2.4. El responsable de la dirección técnica comunica a través de correo electrónico y/o SIC CALIBRA:

- Asignación de calibraciones.
- Autorización para realizar actividades especificaciones.

Adicionalmente se asignan responsabilidades por el calendario del correo institucional frente a actividades específicas.

6.2.5. El laboratorio se acoge a algunos criterios definidos en los siguientes procedimientos: vinculación de personal GT02-P09 y capacitación GT02-P06, adicionalmente se cuenta con un procedimiento de autorización supervisión y formación al personal para realizar las actividades del laboratorio RT03-P17, estos procedimientos cuentan con los siguientes criterios:

- a) Determinar los requisitos de competencia;
- b) Seleccionar al personal
- c) Formar al personal
- d) Supervisar al personal
- e) Autorizar al personal
- f) Realizar el seguimiento de la competencia del personal

6.2.6. El responsable de la dirección técnica y/o suplente, autoriza al personal a realizar las actividades de laboratorio a través del formato del RT03-F05, incluidas, pero no limitadas a las siguientes:

- a) Verificar el método.
- b) Analizar los resultados, incluidas las declaraciones de conformidad o las opiniones e interpretaciones.
- c) Informar, revisar y autorizar resultados.

Nota 4: Después que el personal nuevo demuestra su competencia técnica a través de atestamientos en una auditoria, en una magnitud nueva; el responsable de la dirección técnica y/o suplente autoriza al personal a través de un informe administrativo con sus respectivas evidencias.

6.3. Instalaciones y Condiciones Ambientales

6.3.1. Los laboratorios poseen para su correcto funcionamiento:

- Instalaciones acondicionadas (paredes, pisos, techos y superficies de trabajo de materiales de fácil limpieza con fuentes de iluminación artificial, instalaciones eléctricas), para la realización de sus calibraciones bajo condiciones controladas.
- Sistema de climatización que garantiza la estabilidad de las condiciones ambientales.
- Equipo de apoyo, deshumidificadores.
- Separación física entre los laboratorios que evita la contaminación cruzada, esto se evidencia a través del plano de la planta de los laboratorios.

Todo lo mencionado anteriormente, para no afectar adversamente la validez de los resultados.

6.3.2. Los laboratorios cuentan con el procedimiento seguimiento de condiciones ambientales RT03-P07.

6.3.3. Los laboratorios cuentan con una herramienta para el seguimiento, control y registro de condiciones ambientales, a través del software “SmartGraph3” y “Data Logger Graph”, que permite verificar la información de acuerdo con la necesidad de los laboratorios.

El análisis de las condiciones ambientales se realiza mensualmente, para identificar posibles desviaciones y tendencias, teniendo en cuenta lo definido en el procedimiento RT03-P07 y a través del formato RT03-F20.

6.3.4. Los laboratorios tienen controles en las instalaciones, tales como:

a. Para acceder a los laboratorios se tienen establecidos dos controles:

- Autorizar el ingreso de personal ajeno a los laboratorios a través de una llamada telefónica por la recepción del INM.
- El ingreso a los laboratorios de la SIC, debe ser autorizado por el responsable de la dirección técnica y/o suplente, y se debe diligenciar el formato control de acceso a los laboratorios RT03-F06.

Nota 5: Solo personal autorizado tiene acceso al área de equipos de usuarios.

b. Para la prevención de contaminación, interferencia o influencias adversas, se cuenta con instalaciones apropiadas.

c. Los laboratorios cuentan con separación eficaz para realizar sus respectivas calibraciones, evitando la contaminación cruzada. Así mismo, cuenta con un área independiente para el almacenamiento de los equipos de usuarios, en esta área se supervisan las condiciones ambientales, teniendo en cuenta lo definido en el procedimiento RT03-P07.

6.3.5. Los laboratorios que realizan calibraciones fuera del sitio, cumplen con lo definido en el procedimiento RT03-P07.

6.4. Equipamiento

6.4.1. Los laboratorios cuentan con el siguiente equipamiento (patrón, auxiliares, software Smart Graph 3, "Data Logger Graph", instrumentos de medición y consumibles), necesario para la realización de las calibraciones.

6.4.2. Se utiliza el formato RT03-F42, para revisar el estado del equipamiento cada vez que ingresa y sale del laboratorio, para prestar servicios de calibración y asegurar la trazabilidad del mismo.

6.4.3. Los laboratorios garantizan el correcto funcionamiento del equipamiento y previenen el deterioro de los mismos, a través de las disposiciones establecidas en el procedimiento "RT03-P02" y lo definido en el programa de control de mantenimiento, comprobaciones intermedias y calibración del equipamiento RT03-F22, al cual se le realiza seguimiento por el responsable del SGL, a través de un mecanismo de control y alertas "el calendario del correo institucional", que permite designar responsables, actividades y periodicidad frente al mantenimiento del equipamiento para asegurar un funcionamiento apropiado.

El mantenimiento preventivo del equipamiento patrón se realiza al menos dos (2) veces al año y se deja soporte en el formato RT03-F42.

6.4.4. Se revisa el cumplimiento de las especificaciones del equipamiento, antes de iniciar cualquier calibración a través de comprobaciones funcionales, dejando las observaciones respectivas en las hojas de cálculo y/o una comprobación intermedia.

6.4.5. Los laboratorios utilizan equipos de mediciones calibrados, que proporcionan la exactitud de la medición y/o la incertidumbre requerida para proporcionar resultados válidos, esto se evidencia en el registro RT03-F44.

6.4.6. Los equipos de medición son calibrados, teniendo en cuenta el registro RT03-F44, esto con el fin de mantener la exactitud o la incertidumbre de medición y establecer la trazabilidad metrológica dando cumplimiento a lo definido en los "criterios específicos de acreditación – trazabilidad metrológica CEA-3.0-02, versión vigente" del ONAC.

Para esta actividad se debe tener en cuenta:

- Diligenciar en el formato RT03-F44 (intervalos de calibración y gráficos de control) especificando los siguientes pasos

1. Definir puntos o valores de referencia para las magnitudes: masa (IPFNA y pesas), Volumen (recipiente volumétrico), temperatura de contacto (termómetro digital), temperatura y humedad ambiente (termohigrómetro). Estos puntos o valores de referencia (error): los ubicamos en cada uno de los certificados de calibración que se encuentran en la hoja de vida del equipamiento RT03-F42.
2. Identificar las fechas de calibraciones anteriores y recientes que se relacionan en los certificados de calibración.
3. Relacionar los errores con su debida incertidumbre, que se relacionan en los certificados de calibración.
4. Hallar deriva teniendo en cuenta los errores mínimos y máximos de c/u de los certificados, teniendo en cuenta la siguiente fórmula:

$$Deriva = \frac{Desviación}{t_2 - t_1}$$

t_2 = certificado reciente

t_1 = certificado anterior

5. Hallar el Intervalo de calibración:

$$Intervalo\ calibración \leq \frac{\pm Tolerancia}{Deriva}$$

Tolerancia = EMP

Adicionalmente

- Recomendaciones del fabricante;
- Costo de las medidas de corrección cuando se encuentra que un instrumento no era adecuado por un periodo largo de tiempo;
- Tendencia al desgaste y a deriva;
- Influencia del medio ambiente;

- Incertidumbre requerida declarada por el laboratorio;
- El riesgo que un instrumento de medición exceda los límites de errores máximos permitidos;
- Mantenimiento correctivo y/o cambios en el instrumento.
- Datos históricos o publicados para instrumentos similares.
- Uso de los instrumentos
- Guías de recomendación de periodo de calibración

Teniendo en cuenta los criterios mencionados, se realiza la programación a través del formato RT03-F22.

Metodología para analizar el comportamiento del equipamiento frente a los intervalos de calibración (tiempo calendario):

1. Se realiza un análisis del comportamiento del equipamiento (IPFNA, pesas, recipiente volumétrico,) en el formato RT03-F44 y si el período de calibración es mayor a 48 meses según la recomendación del NIST “GMP 11” tabla 2, el laboratorio define un período de calibración de 36 meses para pesas.

Nota 6:

- Para los termohigrómetros, su período de calibración va de 12 s a 24 meses según la recomendación del NIST “GMP 11” tabla 4.
- Para los termómetros, su período de calibración será de 12 meses, según la recomendación del NIST “GMP 11” tabla 9
- El material de vidrio se calibra cada 5 años.
- El equipamiento auxiliar se calibra a 24 meses
- Para los termohigrómetros y los termómetros que se utilizan en el proceso de calibración de masa y volumen, no se lleva el formato RT03-F44.
- Para equipamiento nuevo se realiza calibración anual, por dos años consecutivos, para luego analizar el comportamiento de los mismos.

2. Analizar los certificados de calibración

Una vez se cuente con los certificados de calibración, se revisan y analizan a través del formato RT03-F42.

Nota 7:

- De encontrar alguna inconsistencia en los certificados de calibración, se genera una (PQR), dirigida al correo contacto@inm.gov.co o a quien corresponda.

- Los equipos se rotulan cada vez que se calibran y se indica la fecha de la próxima calibración.

6.4.7. Se cuenta con un programa de control de mantenimiento, comprobaciones intermedias y calibración del equipamiento RT03-F22, el cual es revisado y ajustado mensualmente o cuando se requiera.

El responsable del Sistema de Gestión del Laboratorio, realiza un seguimiento a todas las actividades relacionadas con el equipamiento (control, mantenimiento, comprobaciones intermedias y calibración) a través de un mecanismo de control y alertas “el calendario del correo institucional” y se encarga de:

- Designar los responsables para cada actividad
- Definir las actividades
- Periodicidad de la realización de dichas actividades

Nota 8:

Se realiza semestralmente un informe administrativo, para revisar el cumplimiento de lo definido en programa de control de mantenimiento, comprobaciones intermedias y calibración del equipamiento RT03-F22.

6.4.8. Todos los equipos del laboratorio que son calibrados, se identifican a través de una placa que contiene: fecha de calibración y fecha próxima calibración. La metodología utilizada para mantener actualizada dicha información, será, al momento de llegar el certificado de calibración se actualizará el rotulo del equipo, teniendo en cuenta los registros RT03-F44 (cuando aplique) y RT03-F22

Adicionalmente los equipos de los laboratorios se identifican unívocamente, de la siguiente manera:

- Para volumen: V-XXX (consecutivo alfanumérico, asignado por el laboratorio)
- Para masa: M-XXX (consecutivo alfanumérico, asignado por el laboratorio)
- Para temperatura y humedad: TH-XXX (consecutivo alfanumérico, asignado por el laboratorio)
- Para equipos auxiliares de volumen: Aux-V-XXX (consecutivo numérico, asignado por el laboratorio)
- Para equipos auxiliares de masa: Aux-M-XXX (consecutivo numérico, asignado por el laboratorio)
- Para equipos didácticos: Didáctico.

Nota 9: Los equipos de los laboratorios se identifican mediante una placa de inventario, conforme a lo establecido en el procedimiento de administración de bienes devolutivos y de consumo GA02-P01.

- 6.4.9. Cuando los laboratorios detecten un equipo que presente fallas en su funcionamiento (uso inadecuado, golpes, sobrecargas, resultados dudosos entre otros) se implementan los procedimientos de comprobaciones intermedias para cada magnitud, dependiendo de los resultados obtenidos se procederá a retirarlo de uso (cuando aplique) y a aislarlo adecuadamente identificándolo a través de un rotulo “FUERA DE SERVICIO”, teniendo en cuenta el impacto que se genere en la prestación del servicio, los laboratorios determinaran el trabajo no conforme, según lo definido en el procedimiento RT03-P01.
- 6.4.10. Los laboratorios realizan comprobaciones intermedias a sus equipos de acuerdo con lo establecido en los procedimientos para cada magnitud: RT03-P09, RT03-P13, RT03-P14, RT03-P20 y RT03-P21 y según el registro RT03-F22, al cual se le realiza seguimiento por el responsable del SGL, a través de un mecanismo de control y alertas “el calendario del correo institucional”, que permite designar responsables, actividades y periodicidad frente a las comprobaciones intermedias para mantener la confianza en el desempeño del equipamiento.
- 6.4.11. Cuando los datos de calibración incluyen factores de corrección, el laboratorio debe asegurar que estos se actualizan e implementan, según sea apropiado, para cumplir con los requisitos especificados, en las hojas de cálculo de calibraciones RT03-F11, RT03-F12, RT03-F13, RT03-F52, RT03-F55, RT03-58 y RT03-F61.
- 6.4.12. Los laboratorios toman acciones viables para evitar ajustes no previstos del equipo que invaliden los resultados, a través de avisos informativos , manual de instrucciones del equipamiento.
- 6.4.13. Los laboratorios identifican las características del equipo en el registro de hoja de vida del equipamiento RT03-F42.

Nota: como evidencia de la verificación de que el equipo cumple los requisitos especificados, se realizan comprobaciones funcionales antes de ser utilizados, registrando dicha información en la hoja de cálculo.

6.5. Trazabilidad Metrológica

6.5.1– 6.5.2 Los Laboratorios de la SIC garantizan que sus equipos patrones de medición, son trazables al Sistema Internacional de Unidades (SI), a través del Instituto Nacional de Metrología-INM y/o un laboratorio acreditado, garantizando así una cadena ininterrumpida de mediciones, teniendo en cuenta el registro RT03-F44 y dando cumplimiento a lo definido en el documento del ONAC, denominado “criterios

específicos de acreditación – trazabilidad metrológica "CEA-3.0-02" versión vigente del ONAC.

- 6.5.1. Los laboratorios obtienen trazabilidad al Sistema Internacional de Unidades (SI) cumpliendo con los "criterios específicos de acreditación – trazabilidad metrológica CEA-3.0-02, versión vigente" del ONAC.

6.6. Productos y Servicios Suministrados Externamente

- 6.6.1 Los laboratorios aseguran las necesidades de productos y servicios externos (compra de equipos, servicios de calibración, servicios de ensayos de aptitud, capacitaciones, auditorías, entre otras) que afectan sus actividades, los cuales se presupuestan en el formato DE01-F16 y sustenta sus necesidades con los anexos técnicos de los estudios previos necesarios, esta documentación es revisada y aprobada por los servidores públicos y contratistas del laboratorio con el fin de que estas adquisiciones sean adecuadas para la operación del laboratorio.
- 6.6.2. Los servidores públicos de los laboratorios revisan y aprueban las características técnicas (antes y después de ser liberada la solicitud), esta se envía al servidor público y/o contratista delegado por la Dirección de ICVRTML, para luego ser remitida a contratación, quien es el encargado de realizar la respectiva compra basado en el instructivo manual de contratación GA01-I02, documento que soporta el procedimiento en las diferentes modalidades de compra.

Los registros de cada una de las compras se encuentran en la plataforma de SECOP II y en contratación.

- 6.6.3. Los laboratorios se acogen al instructivo manual de contratación GA01-I02, para comunicar a los diferentes proveedores externos sus requisitos para:
- Los productos y servicios que se van a suministrar
 - Los criterios de aceptación
 - La competencia, incluyendo cualquier calificación requerida del personal
 - Las actividades que el laboratorio o sus clientes pretendan llevar a cabo en las instalaciones del proveedor externo.

Nota 10: Antes de realizar la aprobación del plan anual de adquisiciones PAA DE01-F16, es importante que el personal del laboratorio y el responsable de las compras por parte de la Dirección de Investigaciones para el Control y Verificación de Reglamentos Técnicos y Metrología Legal, revisen el estado de este y a través de correo electrónico envíen las respectivas correcciones en caso de que apliquen.

7. REQUISITOS DEL PROCESO

7.1. Revisión de Solicitudes, Ofertas y Contratos

Los laboratorios cuentan con un procedimiento para la revisión de pedidos, ofertas y contratos RT03-P08, el cual contempla los numerales del 7.1.1 al 7.1.8 de la norma NTC ISO/IEC 17025:2017.

7.2. Selección, Verificación y Validación de Métodos

7.2.1. Selección y verificación de métodos

7.2.1.1. Los laboratorios utilizan métodos normalizados para la realización de sus calibraciones, cuenta con procedimientos estandarizados donde se define por cada magnitud el método que se va emplear para cada calibración, así como para la estimación de la incertidumbre y el análisis de los datos resultantes de las calibraciones, esto se evidencia a través de los procedimientos para la calibración de recipientes volumétricos RT03-P04, procedimiento para la calibración de IPFNA RT03-P05, procedimiento para la calibración de pesas RT03-P06, procedimiento para calibración de recipientes volumétricos usando el método gravimétrico RT03-P19, procedimiento de calibración de termómetros digitales RT03-P20 y procedimiento de calibración de termohigrómetros RT03-P21.

7.2.1.2. Los laboratorios cuentan con la plataforma SIGI, donde se evidencian los documentos vigentes y actualizados, así mismo, se revisan y actualizan los requisitos legales y normativos semestralmente, a través del formato control de documentos externos RT03-F43 y un informe administrativo.

7.2.1.3. Los laboratorios se aseguran de que se utiliza la última versión vigente de los métodos con períodos de transición, esto se evidencia a través del formato control de documentos externos RT03-F43.

7.2.1.4. Los laboratorios seleccionan los métodos apropiados para la prestación de los servicios de calibración y los informan a través de las solicitudes de calibración y comunicaciones radicadas por sistema de trámites.

7.2.1.5. Los laboratorios verifican los métodos de calibración antes de ser utilizados, a través de mediciones y análisis estadístico, dejando como evidencia informe administrativo y

el formato herramientas estadísticas RT03-F25. Si el método es modificado por el organismo que lo publicó, la verificación se debe repetir en la extensión necesaria.

7.2.1.6. Los laboratorios no desarrollan métodos.

7.2.1.7. Los laboratorios no generan desviaciones a sus métodos de calibración normalizados respecto al alcance de acreditación.

7.2.2. Validación de los métodos

Los laboratorios de la SIC no validan métodos no normalizados, debido a que solo se utilizan métodos normalizados.

7.3. Muestreo

Los laboratorios no realizan muestreo para ninguna calibración dentro de las previstas en el alcance de los laboratorios, por este motivo se excluye este numeral.

7.4. Manipulación de los Ítems de Ensayo o Calibración

7.4.1. Los laboratorios garantizan la manipulación segura, transporte y almacenamiento de equipos a calibrar mediante el procedimiento transporte, recepción, manipulación, protección, almacenamiento y conservación de los ítems a calibrar RT03-P10.

7.4.2. Los laboratorios identifican los ítems unívocamente durante todo el proceso de calibración, a través de un código interno alfanumérico LC (V, P, B, TD, TA, TH)-XX-XXX identificado así:

- LCV, L hace referencia al laboratorio, C hace referencia a calibración y V-P-B, hacen referencia a la sigla del instrumento (volumen, pesas, balanzas, termómetro digital, termohigrómetro-ambiente, termohigrómetro-humedad respectivamente) bajo calibración,
- XX-XXXX: número de radicado de la solicitud

7.4.3. Los laboratorios al recibir los ítems a calibrar registran el estado de los mismos en el formato lista de chequeo de recepción y entrega de equipos RT03-F09. Si los laboratorios requieren del usuario un complemento de información o alguna especificación técnica respecto al ítem a calibrar, se procede a enviar una comunicación con el número de radicado de la solicitud al usuario, conservando la trazabilidad del proceso.

Si el ítem a calibrar cuenta con alguna desviación, se incluye el siguiente descargo de responsabilidad, tanto en el RT03-F09 (por autorización del usuario), como en los certificados de calibración:

“El laboratorio no se responsabiliza de los resultados que puedan ser afectados por la desviación del estado en que se recibió el equipo”.

- 7.4.4. Los laboratorios cuentan con instalaciones apropiadas para evitar la pérdida, el deterioro o daño del ítem a calibrar y calibrado. Se cuenta con el procedimiento RT03-P10 y el procedimiento RT03-P07.

7.5. Registros Técnicos

- 7.5.1. El responsable de la dirección técnica se asegura de revisar y almacenar los registros correspondientes a cada calibración con información suficiente que facilita la identificación de los factores que afectan la incertidumbre y la repetición de la calibración lo más cercano posible a la ejecución original.

Todos los registros correspondientes a observaciones, datos y cálculos, se generan en el momento de hacerlos en cada uno de los registros correspondientes, guardando las diferentes versiones.

- 7.5.2. Cuando los registros presenten errores, se inserta un comentario indicando la corrección a que haya lugar, la fecha y el responsable de la corrección.

Para los registros físicos, se traza una línea oblicua, se registra la fecha, responsable de la corrección y un comentario de la corrección.

7.6. Evaluación de la Incertidumbre de Medición

- 7.6.1. Los laboratorios identifican las contribuciones a la incertidumbre de medición, cuando evalúan la incertidumbre a través de las hojas de cálculo de calibración (RT03-F11, RT03-F12, RT03-F13, RT03-F52, RT03-F55, RT03-F58 y RT03-F61), teniendo en cuenta lo definido en criterios específicos para la estimación y declaración de la incertidumbre de medición en la calibración CEA-3.0-06 versión vigente, documento del ONAC.

- 7.6.2. Los laboratorios evalúan la incertidumbre de medición durante el proceso de calibración, a través de las hojas de cálculo de calibración y certificados de calibración, teniendo en cuenta lo definido en los procedimientos RT03-P04, RT03-P05, RT03-P06, RT03-P19, RT03-P20 y RT03-P21 y lo definido en la GUM.

- 7.6.3. Los laboratorios no realizan ensayos.

7.7. Aseguramiento de la Validez de los Resultados

- 7.7.1. Los laboratorios cuentan con el procedimiento de aseguramiento de la validez de los resultados RT03-P11, para garantizar la calidad y confiabilidad.
- 7.7.2. Los laboratorios hacen seguimiento de su desempeño, de manera planificada, a través de la participación en ensayos de aptitud, teniendo en cuenta lo definido en el procedimiento RT03-P11 y un análisis mediante un informe administrativo.
- 7.7.3. Los datos de las actividades de seguimiento de: ensayos de aptitud, re calibración de los ítems conservados, comprobaciones intermedias de los equipos de medición, entre otros, se analizan a través de: RT03-F25, RT03-F37 y un informe administrativo, donde se evidencian resultados y se toman decisiones frente al cumplimiento de los criterios definidos.

7.8. Informe de Resultados

7.8.1. Generalidades

- 7.8.1.1. Los servidores públicos y contratistas de los laboratorios, revisan y autorizan los resultados de calibración antes de su liberación, a través de lo definido en los procedimientos de calibración RT03-P04, RT03-P05, RT03-P06, RT03-P19, RT03-P20, RT03-P21 y en los formatos RT03-F30, RT03-F31, RT03-F32.
- 7.8.1.2. Los resultados obtenidos en las calibraciones son registrados en forma exacta, clara, inequívoca y objetiva a través de los siguientes formatos: certificado de calibración RT03-F14, RT03-F15, RT03-F16, RT03-F53, RT03-F56. RT03-F59 y RT03-F62.

Las copias de los certificados se mantienen controlados para garantizar su seguridad y confidencialidad.

- 7.8.1.3. El laboratorio no realiza informes simplificados, por fuera de los formatos de certificados de calibración establecidos. El modelo de los certificados son elaborados acorde a lo definido en los numerales 7.8.2 y 7.8.4 de la norma NTC ISO/IEC 17025:2017.

7.8.2. Requisitos comunes para los informes (ensayo, calibración o muestreo)

- 7.8.2.1. La estructura de la plantilla del certificado de calibración tiene en cuenta los requisitos establecidos en la norma ISO/IEC 17025:2017, los cuales se encuentran en los siguientes procedimientos: RT03-P04, RT03-P05, RT03-P06, RT03-P19, RT03-P20 y RT03-P21.
- 7.8.2.2. Los laboratorios son responsables de toda la información suministrada en los certificados de calibración e informes no aptos, excepto cuando la información es

suministrada por el usuario a través de la solicitud de calibración RT03-F08 y/o SIC CALIBRA.

Si el ítem a calibrar cuenta con alguna desviación, se incluye el siguiente descargo de responsabilidad, tanto en el RT03-F09 (por autorización del usuario), como en los certificados de calibración:

“El laboratorio no se responsabiliza de los resultados que puedan ser afectados por la desviación del estado en que se recibió el equipo”.

7.8.3. Requisitos específicos para los informes de ensayos

Los laboratorios no realizan ensayos

7.8.4. Requisitos específicos para los certificados de calibración

7.8.4.1. Además de los requisitos del apartado 7.8.2, los certificados de calibración RT03-F14, RT03-F15, RT03-F16, RT03-F53, RT03-F56, RT03-F59 y RT03-F62 incluyen:

- a. la incertidumbre de medición del resultado de medición presentado en la misma unidad que la de la unidad del mensurando o en un término relativo a dicha unidad;
- b. las condiciones ambientales en las que se hicieron las calibraciones, que influyen en los resultados de medición;
- c. una declaración que identifique cómo las mediciones son trazables metrológicamente;
- d. los resultados antes y después de cualquier ajuste, cuando aplique;
- e. los laboratorios declaran la conformidad, de acuerdo a las necesidades del cliente.
- f. los laboratorios no emiten opiniones e interpretaciones;

7.8.4.2. Los laboratorios no son responsables de la actividad de muestreo.

7.8.4.3. Los laboratorios no incluyen recomendaciones sobre el intervalo de calibración en sus certificados de calibración y etiquetas, excepto cuando así se haya acordado con el cliente.

7.8.5. Información de muestreo-requisito específico. Los laboratorios no realizan actividades de muestreo

7.8.6. Información sobre declaraciones de conformidad

7.8.6.1. Si el usuario solicita declaración de conformidad con una especificación o norma, el laboratorio documenta la regla de decisión, teniendo en cuenta el método del documento normativo o especificaciones del ítem a calibrar, emitiendo un concepto de aceptación o rechazo (teniendo en cuenta el nivel del riesgo, con los supuestos estadísticos) frente a las calibraciones realizadas.

Esto se evidencia en los formatos hojas de cálculo para calibración y en los certificados de calibración, para ello se usa: regla de decisión simple y bandas de seguridad.

7.8.6.2. El laboratorio informa la declaración de conformidad, a través de los certificados de calibración y la identifica claramente:

- a) a qué resultados se aplica la declaración de conformidad
- b) qué especificaciones, normas o partes de esta se cumplen o no;
- c) la regla de decisión aplicada (a menos que sea inherente a la especificación o norma solicitada)

7.8.7. Información sobre opiniones e interpretaciones

Los laboratorios no realizan opiniones e interpretaciones

7.8.8. Modificaciones a los informes

7.8.8.1. al 7.8.8.3 Cuando sea necesario modificar un certificado de calibración o informe, se hace a través de un nuevo documento denominado modificación del certificado de calibración, estos cambios se reflejan en el numeral “observaciones” y se autorizan por el responsable de la dirección técnica.

La modificación del certificado de calibración se identifica con el número del certificado a modificar.

El laboratorio cuenta con los formatos modificación a los certificados de calibración.

7.9. Quejas

7.9.1. Los laboratorios se acogen al proceso de petición de información y al procedimiento atención de peticiones, consultas, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones CS04-P01, teniendo en cuenta la ley 1755 de 2019, artículo 13 y la constitución política artículo 23.

7.9.2. Los laboratorios reciben las quejas del macro proceso de servicios al consumidor y apoyo empresarial, las analizan y toman decisiones para tratarlas, para ello se cuenta con el proceso de petición de información y al procedimiento atención de peticiones, consultas, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones CS04-P01, donde se describe el proceso detalladamente.

7.9.3. al 7.9.5 Los laboratorios tratan las quejas a través del procedimiento atención de peticiones, consultas, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones, identificado con el código CS04-P01, la información es recolectada por el grupo de atención al ciudadano de la SIC. El formato para documentar la queja se denomina formulario de

presentación derechos de petición, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones CS04-F01 del SIGI, si es necesario hacer tratamiento se pone en práctica el procedimiento de acciones correctivas y preventivas CI02-P05 del SIGI.

7.9.6. Los resultados de las quejas son gestionados por la Dirección de Investigaciones para el Control y Verificación de Reglamentos Técnicos y Metrología legal.

7.9.7. El laboratorio notifica el cierre de la queja a través del sistema de trámites.

7.10. Trabajo No Conforme

7.10.1. Los laboratorios cuentan con el procedimiento de trabajo no conforme de los laboratorios de calibración RT03-P01, en el que incluyen la identificación del trabajo no conforme y la trazabilidad en cuanto a: tratamiento, responsabilidades y autoridades para reanudar el trabajo no conforme incluyendo la calificación del riesgo definido por el laboratorio, evaluación del impacto, notificación al usuario y anulación cuando sea necesario y aceptabilidad de los trabajos de calibración no conformes.

7.10.2. Para el registro de producto no conforme se utiliza el formato RT03-F01, donde se evalúa el impacto y se decide el tipo de acción a seguir remitiéndose al instructivo CI01-I04. Los laboratorios conservan los registros del trabajo no conforme.

7.10.3. En caso de reincidir el trabajo no conforme, se evalúa nuevamente y se decide el tipo de acción a seguir, remitiéndose al instructivo CI01-I04.

7.11. Control de los Datos y Gestión de la Información

7.11.1. Los laboratorios tienen acceso a los datos y a la información para realizar las actividades, a través del sistema de trámites y de la información almacenada en el equipo de cómputo definido para tal fin.

7.11.2. Los sistemas de gestión de la información se validan en cuanto a su funcionalidad por la OTI, cuando se requieren, ya que estas son utilizadas para recopilar, procesar, registrar, informar, almacenar o recuperar datos.

7.11.3. El sistema de gestión de la información de los laboratorios que cumple con los siguientes incisos:

- a. Estar protegido contra acceso no autorizado, ya que se cuenta con un computador que tiene cifrado de información, lo cual evita que personal ajeno tenga acceso a dicha información
- b. Estar salvaguardado contra manipulación indebida y pérdida, se cuenta con un backup de información que evita potenciales pérdida de información.

- c. Ser operado en un ambiente que cumpla con las especificaciones del proveedor o del laboratorio o, en caso de sistemas no informáticos, que proporcione condiciones que salvaguarden la exactitud del registro y transcripción manuales.
 - d. Ser mantenido de manera que se asegure la integridad de los datos y de la información
 - e. Incluir el registro de los fallos del sistema y el registro de las acciones inmediatas y correctivas apropiadas
- 7.11.4. El sistema de gestión de la información de los laboratorios gestionan y se mantienen, cuando se realizan calibraciones en sitio (calibración de instrumentos de pesaje de funcionamiento no automático-IPFNA) asegurando el cumplimiento de la norma NTC ISO/IEC 17025:2017, para ello se descargan los formatos directamente del SIGI, una vez terminen las calibraciones, los registros son remitidos por correo electrónico, evitando con ello la pérdida de información.
- 7.11.5. Los laboratorios aseguran que las instrucciones, manuales y datos de referencia pertenecientes al sistema de gestión de la información del laboratorio estén fácilmente disponible para el personal, las cuales se encuentran en la plataforma del SIGI, en el sistema de trámites, en las instalaciones y bases de datos de los laboratorios.
- 7.11.6. Los cálculos y la transferencia de datos se comprueban apropiada y sistemáticamente, verificando el contenido de la información por los responsables, en cada uno de los registros, según la actividad realizada.

8. REQUISITOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN

8.1. Opciones

8.1.1. Generalidades

Los laboratorios establecen, documentan, implementan y mantienen su sistema de gestión, apoyando y demostrando el logro coherente de los requisitos definidos en la norma NTC ISO/IEC 17025:2017 y de acuerdo con lo definido en la opción A, de este numeral, así:

- la documentación del sistema de gestión (véase 8.2);
- el control de documentos del sistema de gestión (véase 8.3);
- el control de registros (véase 8.4);
- las acciones para abordar los riesgos y oportunidades (véase 8.5);
- la mejora (véase 8.6);
- las acciones correctivas (véase 8.7)
- las auditorías internas (véase 8.8)
- las revisiones por la dirección (véase 8.9)

8.2. Documentación del Sistema de Gestión (Opción A)

- 8.2.1. La dirección del laboratorio establece, documenta y mantiene la política y los objetivos del SIGI, siendo estos establecidos en el Capítulo II del presente Manual.
- 8.2.2. El laboratorio cuenta con una política de imparcialidad y competencia la cual se encuentra en el procedimiento RT03-P03.
- 8.2.3. La dirección de los laboratorios en cabeza de la Dirección de Investigación para el Control y Verificación de Reglamentos Técnicos y Metrología Legal, se compromete con:
- Gestionar los recursos necesarios para la implementación, desarrollo, revisión, evaluación y mejora del SGL.
 - Disponer de los recursos humanos, técnicos y financieros para la prestación de las calibraciones de manera confiable y oportuna.
 - Gestionar las medidas necesarias cuando la carga de trabajo supere la capacidad operativa del laboratorio.
 - Establecer canales de comunicación y medición de la satisfacción de los usuarios.
 - Realizar las revisiones por la dirección, evidenciando la eficacia del Sistema de Gestión de los laboratorios bajo la norma ISO/IEC 17025:2017.

Se cuenta con un cronograma de actividades con tiempos de entrega, que permite evaluar y medir el desempeño del laboratorio de manera transversal en procura de la mejora continua.

- 8.2.4. Los laboratorios establecen, implementan y mantienen un sistema de gestión acorde al alcance de sus actividades; tienen como marco y referente el sistema integral de gestión institucional "SIGI" dado en el presente manual y cuyas interrelaciones se describen en el mapa de procesos de la entidad (ver capítulo I).
- 8.2.5. Todo el personal involucrado en actividades del laboratorio tiene acceso al SGL, a través de la intranet, el cual se tiene acceso directo por todos los servidores públicos y contratistas para su respectiva implementación, a través de la plataforma SIGI, a los documentos relacionados en el macroproceso vigilancia de reglamentos técnicos y metrología legal, en el proceso de calibración de equipos, sin embargo también se acoge a algunos documentos que son transversales y aplicables al laboratorio.

Nota 11: Todas las comunicaciones del laboratorio deben ser elaboradas, revisadas y radicadas exclusivamente por personal del laboratorio.

8.3. Control de documentos del sistema de gestión (Opción A)

8.3.1. Los laboratorios controlan los documentos internos, según lo definido en el procedimiento documentación y actualización del sistema integral de gestión institucional –SIGI, SC01-P01, de igual manera el laboratorio realiza una revisión documental con la siguiente frecuencia:

- Cada vez que se actualice un documento.
- Cada vez que se modifica una norma, teniendo en cuenta la revisión realizada trimestralmente a través del formato control de documentos externos RT03-F43.

Nota 12:

Los formatos técnicos se deben subir a la plataforma del SIGI bloqueados.

Para el control o administración de los documentos de origen externo se realiza lo siguiente:

- Identificar los documentos de origen externo (requisitos legales y requisitos de las normas aplicables al SGL). El responsable del SGL, identifica los requisitos legales y normas aplicables en materia de calibración teniendo en cuenta el alcance de los laboratorios, que le aplican, por medio de la consulta a diferentes medios de comunicación.
- Verificar principalmente las páginas Web: presidencia de la república, en la página del Organismo Nacional de Acreditación-ONAC www.onac.org.co, Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación ICONTEC, organización europea para la metrología-www.euramet.org, OIML-oficina internacional de metrología legal-www.oiml.org, etc.
- Revisar y actualizar los requisitos legales y normativos del SGL. El responsable del SGL, revisa y actualiza en su proceso RT03, procedimientos e instructivos los requisitos legales y normativos relacionados con la gestión en los campos referencias según el formato de cada tipo documental y posteriormente envía el documento actualizado a la OAP, para publicación en la Intrasic.

El Representante de la Dirección para el Sistema de Gestión de Calidad o a quien el delegue, publica la información en el aplicativo SIGI para cada uno de los procesos de la entidad y el servidor público o contratista de la OAP procede a la actualización del formato SC01-F06, según los cambios que correspondan, cerciorándose de que la información relacionada con los requisitos legales y normativos, quede actualizada y corresponda con lo documentado en los procesos, procedimiento e instructivos.

- Posteriormente, el servidor público o contratista de la OAP publica en el aplicativo SIGI para que sea de conocimiento al interior de la entidad, así como a las partes interesadas (ciudadanía, vigilados, academia, gremios, entes de vigilancia y control, Congreso de la República, etc).

- La revisión y actualización de los requisitos legales y normativos se controla a través del formato control de documentos externos RT03-F43, para soportar dicha revisión y actualización, se realiza semestralmente una revisión de los documentos técnicos (ONAC y externos aplicables) y de gestión (transversales) de los laboratorios a través de una lista de chequeo “lista de verificación de los requisitos normativos, propios del laboratorio y por la entidad vs las evidencias de cumplimiento” y un informe administrativo que refleja la consulta de los documentos técnicos y de gestión de los laboratorios por parte del responsable del SGL y responsables de la dirección técnica del laboratorio.
 - Evaluar el cumplimiento normativo y legal del SGL. El líder y/o responsable del SGL, evalúa que los requisitos legales y normativos aplicables, estén actualizados y relacionados en su documentación.
- 8.3.2. Los laboratorios se acogen al procedimiento documentación y actualización del sistema integral de gestión institucional –SIGI SC01-P01, asegurando:
- a. Para la elaboración de los documentos propios del laboratorio, se tiene en cuenta la siguiente metodología:
 - Realizar una propuesta para la elaboración y/o modificación de los documentos, por cada uno de los integrantes del laboratorio quienes tienen la competencia técnica;
 - Socializar las propuestas y definir el documento, dejando evidencia a través de registro de asistencia y acta administrativa donde se plasman los cambios realizados

Nota 13:

- Cuando se requiera eliminar un documento, se deja evidencia de dicha decisión a través de acta administrativa.
- El laboratorio tiene establecido estandarizar la fecha en todos sus documentos, así: año, mes y día (tanto digitalmente como manualmente), excepto cuando se utilicen plantillas de la Superintendencia de Industria y Comercio
 - b. los documentos son revisados periódicamente por el personal del laboratorio a través de mesas de trabajo, utilizando el formato listado de revisión de los documentos del proceso de calibración RT03-F49 y cuando sea necesario modificarlos, se debe cumplir con lo establecido en el procedimiento SC01-P01.

La revisión de cada uno de los procedimientos del laboratorio en conjunto con los formatos y demás documentos que se relacionan, se realiza verificando el cumplimiento de los requisitos aplicables y la pertinencia (implementación) de los mismos, ajustándolos a las necesidades actuales del laboratorio, a través de autoevaluaciones programadas (al menos 1 procedimientos al mes).

Nota: si los procedimientos se han autoevaluado en un período inferior al definido, no se tendrán que volver a evaluar.

- c. todos los cambios de los documentos (procedimientos, manuales e instructivos) se visualizan en el numeral denominado “Resumen cambios respecto a la versión anterior” de cada documento y el estado de la revisión actual de los mismos a través de la plataforma del SIGI;
- d. las versiones pertinentes de los documentos se encuentran en la plataforma del SIGI, en su última versión y se controla su distribución;
- e. los documentos del SGL tienen una identificación inequívoca con la sigla RT03. Cada documento tiene, el nombre del documento, el código, la versión y la paginación;
- f. los documentos obsoletos se encuentran en el archivo digital de la oficina asesora de planeación para consulta y en la plataforma del SIGI en las versiones anteriores.

8.4. Control de Registros (Opción A)

- 8.4.1. Los laboratorios establecen y conservan registros, estos son identificados a través del código del proceso RT03, demostrando el cumplimiento de los requisitos definidos en la norma NTC ISO/IEC 17025:2017.
- 8.4.2. El mecanismo establecido para el control de registros que siguen los laboratorios está plasmado en el documento del SIGI denominado procedimiento archivo y retención documental GD01-P01, donde se controlan los registros generados y se establecen las medidas para prevenir daños, deterioro o pérdidas.

Los laboratorios conservan los registros de las observaciones originales, de los datos derivados y de información suficiente para establecer un protocolo de control, los registros de calibración y una copia de cada informe y/o certificado de calibración emitido y finalmente se establecen los tiempos de retención de acuerdo con las TRD.

Nota 14: se debe tener en cuenta lo siguiente para el manejo documental:

Gestión Documental: El original de todas las actuaciones que se generen de oficio o como resultado de los memoriales presentados dentro del trámite, de las decisiones, así como la totalidad de los documentos y la información relacionada con la actuación, conforman el expediente. Para el manejo y conservación de la documentación que se genere como resultado del desarrollo del procedimiento se tendrá en cuenta lo establecido en el Procedimiento GD01-P01

Radicación: Todos los documentos del expediente deben estar registrados en el Sistema de Trámites con el número de radicación inicial del trámite o en su defecto, acumulados a un número inicial de acuerdo con lo establecido en el Procedimiento GD01-P02.

Para el proceso de radicación se tienen en cuenta los perfiles definidos en el sistema de trámites, que se encuentran identificados así:

Asignación: Dentro del desarrollo de las actividades de la dependencia, toda documentación que sea entregada al servidor público o contratista debe ser asignada de acuerdo con lo establecido en el Procedimiento GD01-P02.

Prórroga: Los plazos fijados por el servidor público o contratista designado para dar respuesta a un requerimiento de información podrán ser objeto de prórroga, previa solicitud del interesado. La decisión que conceda o niegue el aplazamiento será comunicada, según sea el caso.

Reserva de documentos: La información relativa a secretos profesionales, empresariales, comerciales o industriales, u otro respecto de la cual exista norma constitucional o legal de reserva o confidencialidad, tiene carácter reservado. Por lo tanto, cuando así corresponda, el interesado debe presentar junto con el documento contentivo de la información sobre la que solicita la reserva un resumen no confidencial del mismo; sin embargo, es el servidor público o contratista designado quien determina si los documentos califican o no para constituir la reserva.

En caso que se halle mérito para constituir la reserva sobre la información aportada, el servidor público o contratista designado debe incorporar los resúmenes no confidenciales en el cuaderno público del expediente y abrir otro cuaderno de carácter reservado en el que se incluirán los documentos completos.

Términos: Los términos para el desarrollo de cada una de las etapas del trámite y los actos procesales están establecidos en la ley o en las directrices definidas por el Superintendente de Industria y Comercio. A falta de término legal para un acto, el servidor público o contratista designado señalará el que estime necesario para su realización de acuerdo con las circunstancias de cada caso.

8.5. Acciones para Abordar Riesgos y Oportunidades (Opción A)

8.5.1. Los laboratorios cuentan con un mapa de riesgos por procesos SC01-F07, donde se definen diferentes tipos de riesgos, tales como: riesgos de gestión, riesgos de corrupción, riesgos por conflictos de interés y demás riesgos que se contemplan teniendo en cuenta lo definido en el Anexo 5. Representación esquemática del laboratorio de calibración, los cuales están asociados con las actividades del laboratorio para:

- a. Asegurar que el sistema de gestión logre los resultados previstos;
- b. Mejorar las oportunidades de lograr el propósito y los objetivos del laboratorio

- c. Prevenir o reducir los impactos indeseados y los incumplimientos potenciales en las actividades del laboratorio
- d. Lograr la mejora:

8.5.2. Los laboratorios a través del mapa de riesgos por procesos SC01-F07, planifica:

- a. Acciones para abordar riesgos y oportunidades
- b. La manera de: integrar e implementar estas acciones en su sistema de gestión y evaluar la eficacia de estas acciones.

8.5.3. Las acciones tomadas para abordar los riesgos y oportunidades son proporcionales al impacto potencial sobre la validez de los resultados del laboratorio, esto se evidencia en el mapa de riesgos por procesos.

8.6. Mejora (Opción A)

8.6.1. Los Laboratorios desarrollan continuamente la mejora del SGL verificando periódicamente la aplicabilidad y la política del SIGI, así como la documentación desarrollada, revisando el cumplimiento de objetivos, evaluando los resultados obtenidos en las auditorías realizadas al laboratorio, haciendo seguimiento al análisis de los datos y a la ejecución de los planes de mejoramiento para las acciones necesarias. Para especificar la aplicación de lo anterior hay que tener en cuenta lo siguiente:

HERRAMIENTA	TRATAMIENTO	ACCIÓN	RESPONSABLE
Correlación, política, objetivos e indicadores “justificación técnica para ajuste de la política del SIGI”	Utilizar el análisis que resulta del seguimiento trimestral	Evaluar los resultados y generar estrategias de cumplimiento	Responsable del SGL Responsable de la Dirección Técnica del Laboratorio
Resultados de auditorías	Aplicar las observaciones según los informes de auditoría	Evaluar las observaciones con base en el impacto a generar en el laboratorio y su viabilidad de aplicación	Personal del laboratorio
Análisis de datos	Realizar análisis y seguimiento de los datos producto de: - Calibraciones - Ensayos de aptitud - Comprobaciones intermedias - Verificación del método - Certificados de calibración del equipamiento. - Tendencias que reflejen los gráficos de control y resultados de calibración.	Realizar seguimiento y evaluación de los resultados periódicos obtenidos para verificar cambios en los recursos utilizados en la medición.	Personal del laboratorio
Acciones correctivas	A partir del análisis de causas de las acciones correctivas, identificar no conformidades	Evaluar la no conformidad y su impacto, generando un plan de mejoramiento.	Personal del laboratorio
Revisión por la dirección	Aplicar las recomendaciones generadas de la revisión y aplicables al laboratorio	Evaluar impacto, priorizarlas e implementar en el laboratorio	Responsable del SGL Responsable de la alta dirección para el SGL
Reuniones periódicas de mejora	Programar en jornadas operativas evaluación y análisis de riesgos potenciales en la operación del laboratorio	Evaluar en las mesas de trabajo, la implementación del SGL, los riesgos asociados al desarrollo de la operación y generar acciones de mejora.	Personal del laboratorio

Como herramienta estratégica, el laboratorio realizará mesas de trabajo mensuales, que incluya la revisión de los siguientes temas:

- Trabajos no conformes
- Seguimiento de las acciones correctivas implementadas y su eficacia
- Actualización y análisis de la matriz de no conformidades recurrentes

8.6.2. El laboratorio busca retroalimentación con sus usuarios a través de las encuestas de satisfacción de la prestación de servicios de calibración RT03-F07 y se realiza una tabulación, con el fin de mejorar el sistema de gestión y el servicio de calibración prestado.

8.7. Acciones Correctivas (Opción A)

8.7.1. Cuando ocurren no conformidades, los laboratorios deben:

a. Reaccionar frente a las no conformidades, según sea aplicable, deben:

- Empezar acciones para controlarlas y corregirlas
- Hacer frente a las consecuencias

b. Evaluar la necesidad de acciones para eliminar las causas de la no conformidad, con el fin de que esto no vuelva ocurrir, ni que ocurra en otra parte, mediante:

- La revisión y análisis de la no conformidad
- La determinación de las causas de la no conformidad para ello se cuenta con las siguientes herramientas:

Lluvia de ideas: es una técnica de grupo que permite obtener un gran número de ideas sobre un determinado tema de estudio; lo más importante es no desechar en un principio ninguno de ellas. Por votación se depura la lista inicial hasta que se escogen las más representativas del grupo por consenso.

Espina de pescado (6M) o diagrama causa-efecto: es un método que evalúa las causas potenciales en 6 ramas, siendo estas:

Mano de Obra: los aspectos asociados a la gente, al personal, a la mano de obra.

- Falta de conocimiento
- Falta Entrenamiento
- Falta de habilidades o destrezas
- Falta de capacitación
- Falta de motivación
- Capacitación no eficaz
- Responsabilidades y autoridad no definidas

Métodos: Evaluamos la forma en la que hacemos las cosas. Así pues, al evaluar los métodos, estamos evaluando si la forma en que desarrollamos las actividades está significando resultados.

- Falta de definición de etapas del procedimiento
- Inadecuada implementación del procedimiento
- Procedimiento no definido
- Documentación requerida no definida o inadecuada

Mediciones: Aquí recae todo lo que hacemos en torno a la inspección, las diferentes medidas con que se trabajan, el aseguramiento de la calidad, calibración, tamaño de muestra, error de medición

- Equipo de medición no adecuado
- Equipo de medición sin calibración o comprobación
- Software no validado
- Monitoreo o seguimiento no definido en los servicios de calibración o en los procesos
- Medición no definida
- Definición equivocada de indicador de gestión
- Tamaño de la muestra no representativo
- No es repetible el equipo de medición con la precisión requerida
- No hay mediciones adecuadas (reproducibilidad)
- Calibración o sesgo en las medidas generadas en el sistema de medición

Medio ambiente: El medio ambiente son las condiciones, el entorno con el que se trabaja. Cultura organizacional, clima organizacional

- No se aseguran condiciones físicas para lograr la conformidad del servicio con requisito
- Falta en el control operacional

Maquinaria: Hablar de maquinaria es hablar de infraestructura. Es hablar de todas las herramientas con las que contamos para dar salida al servicio final

- Inadecuada definición de equipos o infraestructura claves para hacerle mantenimiento
- Infraestructura no adecuada para el proceso o el cumplimiento de los requisitos
- Falta de mantenimiento preventivo
- Falta de inspección o monitoreo a equipos o infraestructura

Materia prima: Evaluamos todo lo que tenga que ver con los materiales en el laboratorio, los que se usan para prestar los servicios de calibración

- Materias primas o insumos comprados que no cumplen especificaciones
- Materias primas o insumos sin verificación en la recepción
- Falta de identificación de materias primas o insumos
- Fallas en el control del producto, en procesos o en su almacenamiento o preservación

3 por qué: es un método basado en realizar preguntas para explorar las relaciones de causa-efecto que generan un problema en particular. El objetivo final de los 3 por qué es determinar la causa raíz de un problema.

Para la identificación de la causa raíz, el laboratorio lleva a cabo la siguiente metodología:

1. Realizar una lluvia de ideas.
2. Depurar la lista de lluvia de ideas inicial por votación, hasta que se escogen las más representativas del grupo por consenso.
3. Clasificar las ideas que se escogieron relacionadas con las 6 M, en la espina de pescado según corresponda.
4. Se procede a realizar el análisis de los 3 por qué llevando a la identificación de la causa raíz.

Nota 15: en caso de que se generen más de 3 por qué se pueden consignar

Una vez finalizado el respectivo análisis de las causas, se dejará el registro en un informe administrativo y en el plan de mejoramiento CI01-F09.

- La determinación de si existen no conformidades similares, o que potencialmente pueden ocurrir, como herramienta estratégica, una vez se presenten acciones correctivas, se realizará la actualización y análisis de la matriz de no conformidades recurrentes.
- c. implementar cualquier acción necesaria;
- d. revisar la eficacia de cualquier acción correctivas tomadas,
- e. si fuera necesario, actualizar los riesgos y oportunidades;
- f. si fuera necesario realizar cambios en el SGL.

Todo lo mencionado anteriormente, se evidencia a través del formato CI02-F07 y según lo definido en el instructivo CI01-I04

Como punto de control, el laboratorio cuenta con:

- Seguimientos a través de auditorías internas anuales, que permitan identificar la eficacia y efectividad de las acciones correctivas propuestas.
- Matriz de no conformidades detectadas en auditorías, con el fin de realizar un análisis estructural y sistemático, que permita identificar la causa raíz de las NC reiterativas.

8.7.2. El responsable del SGL, realiza trimestralmente el seguimiento al cumplimiento de las acciones correctivas planteadas en el plan de mejoramiento institucional CI01-F09 y la evaluación de la eficacia de estos, con el fin de que estas acciones sean apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas.

8.7.3. El laboratorio conserva los registros de las no conformidades detectadas en: auditorías, autoevaluaciones, revisiones por la dirección, trabajo no conforme y mapas de riesgos, sus respectivos planes de mejoramiento CI01-F09 y las evidencias que soportan los resultados obtenidos de las acciones correctivas.

8.8. Auditorías Internas (Opción A)

8.8.1. Con el fin de evaluar y garantizar que las actividades relacionadas con la realización de calibraciones en los laboratorios estén cumpliendo con la norma ISO/IEC 17025:2017, con lo estipulado en SIGI y los documentos propios del SGL, el laboratorio programa sus auditorías internas una vez cada 18 meses, a través del formato RT03-F51.

8.8.2. Se cuenta con el procedimiento RT03-P15, el cual incluye: programación, plan de auditoría, lista de verificación e informe de auditoría, así como los requerimientos para desarrollar auditorías de seguimiento.

Se conservan los registros de auditoría: programación, plan de auditoría, lista de verificación, informe de auditoría y plan de mejoramiento como evidencia de implementación

NOTA 16:

- Una vez se realice la entrega del informe de auditoría interna, se cuenta con 2 días hábiles para revisar y aprobar dicho informe con el fin de revisar el estado de satisfacción del mismo.
- El responsable del SGL, junto con el líder del proceso, planifican y organizan las auditorías propias de los laboratorios.

8.9. Revisión por la Dirección (Opción A)

8.9.1. La dirección de investigaciones para el control y verificación de reglamentos técnicos y metrología legal-DICVRTML, de acuerdo a lo establecido en la norma ISO/IEC 17025:2017 ejecuta una revisión por la dirección al SGL internamente, la cual se realiza todos los mayo de cada año, donde participan la alta dirección, el responsable del SGL y personal de apoyo designado por la DICVRTML, con el fin de asegurar su

conveniencia, adecuación y eficacia, incluidas las políticas y objetivos establecidos relacionados con el cumplimiento de la NTC ISI/IEC 17025:2017.

8.9.2. Para evidenciar la revisión por la dirección, se genera un informe de revisión por la dirección, el cual cuenta con la siguiente información de entrada:

- a) Cambios en cuestiones internas y externas que sean pertinentes para el laboratorio.
- b) Cumplimiento de objetivos.
- c) Adecuación de las políticas y procedimientos.
- d) Estado de las acciones de revisiones por la dirección anteriores.
- e) Resultado de auditorías internas recientes..
- f) Acciones correctivas.
- g) Evaluaciones por organismos externos.
- h) Cambios en el volumen y tipo de trabajo o en el alcance de actividades del laboratorio.
- i) Retroalimentación de los clientes y del personal.
- j) Quejas.
- k) Eficacia de cualquier mejora implementada.
- l) Adecuación de los recursos.
- m) Resultados de la identificación de riesgos.
- n) Resultados del aseguramiento de la validez de los resultados.
- o) otros factores pertinentes, tales como las actividades de seguimiento y la formación.

8.9.3. El informe de revisión por la dirección, registra todas las decisiones y acciones relacionadas, al menos con:

- a) La eficacia del sistema de gestión y de sus procesos
- b) La mejora de las actividades de laboratorio relacionadas con el cumplimiento de los requisitos de este documento.
- c) La provisión de los recursos requeridos
- d) Cualquier necesidad de cambio

Para evidenciar la revisión por la dirección, se analizan cada una de las entradas que dan soporte adecuado a las decisiones y acciones resultantes de la revisión por la dirección, para ello se cuenta con una lista de chequeo que contiene las entradas y salidas de la revisión por la dirección RT03-F46, según lo definido en la norma NTC ISO/IEC 17025, como parámetro para asegurar su análisis e identificar la eficacia de las acciones y decisiones tomadas.

Nota 17:

- El laboratorio se acoge al procedimiento revisión por la dirección CI02-P01, donde se presenta el informe de revisión interno del SGL.

- Todos los hallazgos que surjan de la revisión por la dirección, son analizados y se adoptan las medidas pertinentes en el formato CI02-F07.

8.10 CAMBIOS REALIZADOS

- Modificación de laboratorio de calibración de masa y volumen por laboratorio de calibración.
- Modificación de las referencias normativas.
- Modificación parcial de los numerales: 4.1.2, 4.1.3, 4.1.4, 5.3, 5.4, 5.5, 6.2.1, 6.2.4, 6.2.6, (6.4.1 al 6.4.13), 6.6.3, 7.1, 7.2.1.1, 7.2.1.2, 7.2.1.3, 7.4.2, 7.5.1, 7.8.1.3, 7.8.4.3, 7.9.2, 7.11.3, 7.11.4, 7.11.5, 7.11.6, 8.3.1 y 8.3.2, del capítulo V.
- Inclusión de SIC CALIBRA.
- Se incluyó en el capítulo V, numeral en el numeral 6.2.3 Data Logger Graph.
- Se modificó el nombre del numeral 6.4 del capítulo V.
- Se eliminó el formato RT03-F41 y este se reemplazó por el RT03-F42.
- Modificación de los numerales 7.2.1.3, 7.2.1.4, 7.2.1.5 y 7.2.1.6 del capítulo V.
- Inclusión de los formatos RT03-F52, RT03-F55, RT03-F58 y RT03-F61, en el numeral 7.6.1, del capítulo V.
- Inclusión de los procedimientos RT03-P19, RT03-P20 y RT03-P21, en los numerales 7.6.2, 7.8.1.1 y 7.8.2.1 del capítulo V.
- Inclusión los formatos de certificado RT03-F53, RT03-F56, RT03-F59 y RT03-F62, en el numeral 7.8.1.2 y 7.8.4.1 del capítulo V.
- Modificación del nombre del Anexo 5.
- Modificación de las notas.

CAPITULO VI. SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN

1. GENERALIDADES

1.1. Objetivos Específicos del SGSI

Los objetivos específicos de la seguridad de la información son los siguientes:

- Proteger los activos de información mediante la implementación de políticas, procedimientos y controles de seguridad necesarios y suficientes de acuerdo con el análisis de riesgo de seguridad de la información.

- Gestionar los riesgos de seguridad de la información de manera que estén dentro de los niveles de aceptación definidos por la SIC.
- Conseguir y mantener una cultura de seguridad la información, reflejada en la aceptación y aplicación de las políticas y controles de seguridad por parte de los servidores públicos y contratista de la SIC.
- Prevenir, identificar y gestionar los incidentes que atenten contra la disponibilidad, confidencialidad, privacidad e integridad de la información, con la cooperación y asistencia activa de las autoridades en materia de seguridad de la información.

1.2. Alcance del SGSI

El SGSI aplica para todos los procesos de la Entidad, sus servidores públicos, contratistas, terceros y la ciudadanía en general. El SGSI se implementa en la sede principal y alterna de la SIC y en el centro de datos principal, excluyendo los Puntos de Atención al Consumidor – PAC, el laboratorio de metrología legal ubicados en el Instituto Nacional de Metrología y bodega de Las Ferias.

1.3. Partes Interesadas

Las partes interesadas del SGSI de la SIC y sus requisitos son los siguientes:

Ciudadanía: Se identifica como parte interesada, debido a que la SIC debe proteger la información de la ciudadanía a su cargo, de las amenazas que puedan afectar su confidencialidad, integridad o disponibilidad.

Gobierno nacional (MinTIC, MinCIT): Se identifica como parte interesada, debido a que la SIC debe cumplir con lo estipulado en el plan sectorial, PETI y el MSPI.

Entes de control: Se identifica como parte interesada, debido a que los entes de control pueden realizar seguimiento y revisión a la implementación del SGSI y MSPI.

Proveedores: Se identifica como parte interesada, debido a que todos los proveedores deben ejecutar sus obligaciones contractuales, cumpliendo con las políticas de seguridad de la información de la SIC.

Vigilados: Se identifica como parte interesada, debido al intercambio de la información entre la SIC y las organizaciones vigiladas durante el ejercicio de inspección, vigilancia y control que realiza la Superintendencia.

Organismos internacionales: Se identifica como parte interesada, debido a la transferencia de información entre la SIC y las organizaciones internacionales para la ejecución de un trámite o servicio².

Otras entidades públicas: Se identifica como parte interesada, debido a la transferencia de información entre la SIC y otras entidades públicas en el ejercicio de su misión institucional.

Todos los procesos: Se identifica como parte interesada, debido a que el SGSI establece controles de seguridad para la protección de los activos de información de los procesos de la Entidad, en el marco de la gestión del riesgo.

Otros sistemas de gestión: Se identifica como parte interesada, debido a que los documentos, políticas, controles y metodologías del SGSI deben ser coherentes y compatibles con los demás sistemas de gestión de la SIC.

Comité Institucional de Gestión y Desempeño: Se identifica como parte interesada, debido a que es la máxima autoridad del SGSI.

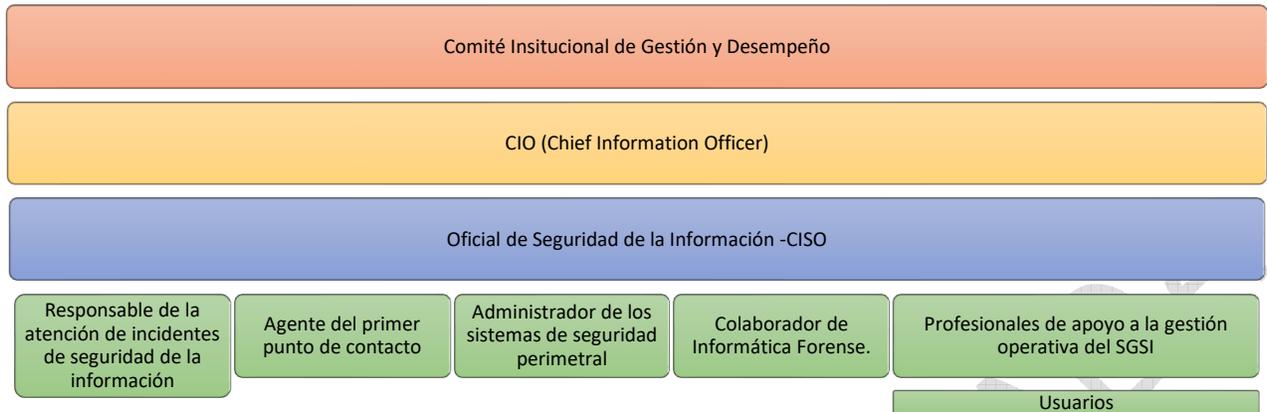
Usuarios internos: Se identifica como parte interesada, debido a que todos los servidores públicos y contratistas deben cumplir con los lineamientos del SGSI.

Outsourcing: Se identifica como parte interesada, debido a que los outsourcing contratados deben desarrollar sus obligaciones contractuales, cumpliendo con las políticas de seguridad de la información de la SIC.

2. PRINCIPALES ROLES DE LA GESTIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN

A continuación, se realiza la descripción de los roles involucrados en la gestión de la seguridad de la información de la SIC, conforme la norma NTC-ISO-IEC 27001:2013, el MSPI y el Marco de Referencia de Arquitectura Empresarial de MinTIC. Los roles del SGSI se muestran en la siguiente figura:

² Las organizaciones relacionadas con los trámites de patentes y signos distintivos son un ejemplo de entidades con cuales la SIC intercambia información a nivel internacional.



2.1. Usuarios

Los usuarios del SGSI son todos los servidores públicos, contratistas y terceros de la SIC y tienen las siguientes responsabilidades:

- Cumplir con las políticas de seguridad de la información de la entidad.
- Reportar incidentes de seguridad que atenten contra la confidencialidad, integridad o disponibilidad de la información o evidencien un incumplimiento de las políticas de seguridad de la SIC.
- Participar activamente de las campañas de sensibilización en SGSI.
- Participar, cuando se requiera, en la identificación de activos y riesgos de seguridad de la información.
- Apoyar el desarrollo de las auditorías internas y externas al SGSI.

2.2. Responsable de la atención de incidentes de seguridad de la información

Las funciones principales de este rol son las siguientes:

- Gestionar los incidentes de seguridad de la información.
- Revisar y evaluar los indicadores de gestión correspondientes a la atención de incidentes de seguridad de la información.
- Revisar el cumplimiento de los procedimientos y mejores prácticas en gestión de incidentes de seguridad de la información y recomendar, si lo amerita, la aplicación de planes de contingencia y/o continuidad.

- Apoyar la documentación y solución de los incidentes de seguridad de la información que se presenten en la Entidad.

Nota 16: Las actividades descritas en el presente rol son realizadas por un servidor público y/o contratista del Grupo de Trabajo de Informática Forense y Seguridad Digital.

2.3. Agente del primer punto de contacto

Es el encargado de recibir las solicitudes por parte de los usuarios sobre posibles incidentes y registrarlos en la base de datos del software de la mesa de servicios. Debe contar con el conocimiento que le permita diferenciar los incidentes de soporte con los de seguridad de la información.

Los eventos y/o debilidades que se pueden ser reportados por los usuarios, hacia los agentes del primer punto de contacto para su respectiva investigación, análisis y gestión deben ser aquellos que atenten contra la confidencialidad, disponibilidad e integridad de la información, entre los cuales se pueden mencionar:

- a) Accesos no autorizados a los sistemas de información.
- b) Uso indebido de los recursos informáticos de la Entidad.
- c) Divulgación de información a quien no tiene derecho a conocerla.
- d) Uso de la información con el fin de obtener beneficio propio o de terceros.
- e) Hacer pública la información sin la debida autorización.
- f) Realización instalación no autorizada de software.
- g) Intentar modificar, reubicar o sustraer equipos de cómputo, software, información o periféricos sin la debida autorización.
- h) Transgredir o burlar los mecanismos de autenticación u otros sistemas de seguridad.
- i) Enviar cualquier comunicación electrónica fraudulenta.
- j) Violación de cualquier ley o regulación nacional respecto al uso de sistemas de información.
- k) Robo de información sensible.
- l) Robo y pérdida de equipos de cómputo con información sensible.
- m) Denegación de servicio sobre equipos de la red, afectando la operación diaria de la Entidad.
- n) Denegación de servicio por el ingreso y propagación de virus informáticos.
- o) Amenazas a través de diferentes medios de comunicación (por ejemplo, correo electrónico).
- p) Cambios o modificaciones en registros de bases de datos sin autorización.
- q) Generación o distribución de código malicioso.
- r) Fallas en los sistemas de información y pérdidas de servicio.
- s) Otros eventos y/o vulnerabilidades relacionadas con la seguridad de la información.

Nota 17: Las actividades descritas en el presente rol serán realizadas por los agentes telefónicos de la mesa de servicios.

2.4. Administrador de los sistemas de seguridad perimetral.

Las funciones principales de este rol son las siguientes:

- Configurar y mantener los activos informáticos relacionados con la gestión de la seguridad informática, por ejemplo, Firewall, sistemas de prevención de intrusos (IPS), sistemas de gestión y monitoreo, etc.
- Apoyar en el análisis, identificación, contención y erradicación de incidentes de seguridad de la información.
- Generar los reportes de eventos de seguridad que sean solicitados por parte del Oficial de Seguridad de la Información, por ejemplo, aquellos relacionados al uso de un canal de comunicaciones, vulnerabilidades a nivel de infraestructura TI y software base, entre otros.
- Realizar los ajustes sobre los sistemas de seguridad perimetral que le sean indicados por el Oficial de Seguridad de la Información.

Se requiere mas no es indispensable, que el administrador de los sistemas de seguridad de la información tenga conocimiento en tecnologías de seguridad perimetral con un componente tecnológico en redes.

Nota 18: Las actividades descritas en el presente rol son realizadas por un servidor público o contratista del Grupo de Trabajo de Servicios Tecnológicos.

2.5. Colaborador de Informática Forense.

La función principal de este rol es la siguiente:

- Estar disponible en caso de que ocurra un incidente de impacto alto (o uno que amerite acciones disciplinarias o legales o investigación profunda) que requieran la recopilación de evidencia digital.

Se requiere mas no es indispensable, que el primer respondiente cuente con habilidades y experiencia en recolección de evidencia digital de diferente tipo y sobre diferentes tipos de activos. Adicionalmente, que conozca y maneje los fundamentos jurídicos que exigen la intervención de un perito en informática forense y que tenga conocimientos sobre la ejecución de procedimientos de gestión de vulnerabilidades y test de penetración sobre plataforma tecnológica.

Nota 19: Las actividades descritas en el presente rol serán realizadas por un servidor público y/o contratista del Grupo de Trabajo de Informática Forense y Seguridad Digital.

2.6. Profesionales de apoyo a la gestión operativa del SGSI.

Las funciones principales de este rol son las siguientes:

- Apoyar al oficial de seguridad de la información y a los líderes de los procesos de la SIC en la identificación de activos de información.
- Apoyar al oficial de seguridad de la información y a los líderes de los procesos de la SIC en la aplicación de la metodología de valoración de riesgos de seguridad de la información.
- Apoyar la medición de indicadores del SGSI.
- Actualizar la información de la herramienta de apoyo al SGSI.
- Apoyar al oficial de seguridad de la información en la actualización de la documentación del SGSI existente.
- Gestionar las campañas de sensibilización y divulgación del SGSI.
- Apoyar la mejora continua del SGSI.

Nota 20: Las actividades descritas en el presente rol, serán realizadas por los servidores públicos o contratistas del Grupo de Trabajo de Informática Forense y Seguridad Digital.

2.7. Oficial de Seguridad de la Información – CISO.

Las funciones principales de este rol son las siguientes:

- Coordinar la implementación del Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información al interior de la Entidad.
- Planear, coordinar y administrar los procesos de seguridad de la información en la Entidad.
- Brindar los servicios de seguridad en la SIC a través de la planeación, coordinación y administración del proceso de seguridad de la información.
- Promover una cultura de seguridad de la información entre todos los miembros de la SIC.
- Liderar la gestión de riesgos de seguridad la información de la SIC.
- Gestionar el desarrollo e implementación de políticas, normas, directrices y procedimientos de seguridad de la información.

- Definir mecanismos de control y seguimiento que permitan medir el nivel de cumplimiento de la implantación de las medidas de seguridad de la información.
- Supervisar la respuesta a incidentes, así como la investigación de las violaciones de la seguridad, apoyando en las cuestiones disciplinarias y legales necesarias.
- Promover los acuerdos de seguridad y privacidad de la información.
- Solicitar los reportes que considere pertinentes a los demás roles con el propósito de tomar las medidas preventivas, correctivas, defectivas o disuasorias necesarias para la gestión de la seguridad de la información.

El Oficial de Seguridad de la Información debe contar con formación en la norma NTC-ISO-IEC 27001:2013. Debe tener experiencia en temas de seguridad de la información en los ámbitos de auditorías, informática forense, seguridad informática, plataforma tecnológica (base de datos, sistemas operativos, redes, desarrollo, soporte técnico, aplicaciones), riesgos y controles de seguridad de la información.

Nota 21: Las actividades descritas en el presente rol serán realizadas por el Coordinador del Grupo de Trabajo de Informática Forense y Seguridad Digital.

2.8. CIO (Chief Information Officer).

La función principal de este rol es apoyar al Superintendente de Industria y Comercio y al Comité Institucional de Gestión y Desempeño en la planeación estratégica de la seguridad de la información. Es el responsable de planificar, organizar, coordinar, gestionar y controlar la estrategia de uso y apropiación de TI y la implementación del Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información- MSPI.

Nota 22: Las actividades descritas en el presente rol son realizadas por el Jefe de la Oficina de Tecnología e Informática.

2.9. Comité Institucional de Gestión y Desempeño

La función principal del comité es asegurar la implementación y desarrollo de las políticas de gestión y directrices en materia de seguridad digital y de la información.

- Revisar los diagnósticos del estado de la seguridad de la información en la Entidad.
- Acompañar e impulsar el desarrollo de proyectos de seguridad de la información.
- Discutir y aprobar las propuestas de implementación de medidas de seguridad de la información, cuya aplicación sea de carácter transversal a la operación de la Entidad.

3. COMPETENCIAS

Los colaboradores que ejercen los roles indicados anteriormente, deben contar con las siguientes competencias:

Rol	Competencia
Responsable de la atención de incidentes de seguridad de la información	<p>Formación universitaria: Ingeniero de Sistemas, Ingeniero de Telecomunicaciones, Ingeniero Electrónico o Afines.</p> <p>Posgrados: Posgrado en seguridad informática o seguridad de la información o afines</p> <p>Conocimiento específico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intelisis Manager ISO 27001 (AGGIL). - Auditor Líder ISO 27001. <p>Años de experiencia relacionada con seguridad de la información: Al menos 3 años.</p>
Agente del primer punto de contacto	<p>Formación universitaria: Ingenieros o tecnólogos en ingeniería electrónica o sistemas o telemática o telecomunicaciones, análisis y desarrollo de sistemas de información, soporte de comunicaciones, gestión de redes de datos, tecnólogo en administración de redes de computadores y seguridad informática o tecnólogo en informática.</p> <p>Posgrados: No requiere.</p> <p>Años de experiencia en soporte TI: Al menos un (1) año de experiencia específica, brindando soporte de herramientas ofimáticas y sistemas operativos Windows.</p>
Administrador de los sistemas de seguridad perimetral	<p>Formación universitaria: Ingeniero de Sistemas, Ingeniero de Telecomunicaciones, Ingeniero Electrónico o Afines.</p> <p>Posgrados: Especialista en Telecomunicaciones o afines.</p> <p>Años de experiencia relacionada con seguridad de la información: Al menos 5 años.</p>
Colaborador de Informática Forense	<p>Formación universitaria: Ingeniero de Sistemas, Ingeniero de Telecomunicaciones, Ingeniero Electrónico o Afines.</p> <p>Posgrados: No requiere.</p> <p>Conocimiento específico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Access Data Certified Examiner. <p>Años de experiencia relacionada con análisis forense: Al menos 1 Año.</p>
Profesionales de apoyo a la gestión operativa del SGSI	<p>Formación universitaria: Ingeniero de Sistemas, Ingeniero de Telecomunicaciones, Ingeniero Electrónico o Afines.</p> <p>Posgrados: Posgrado en seguridad informática o seguridad de la información o afines.</p> <p>Conocimiento específico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intelisis Manager ISO 27001. (AGGIL). - Auditor Interno o Líder ISO 27001 - Auditor Interno ISO 22301:2012. - Ethical Hacking. - ISO 31000:2009. - Cursos de Gestión de Seguridad de la Información ISO 27001:2013. - COBIT 5 Fundamentos.
Oficial de seguridad de la información – CISO	<p>Formación universitaria: Ingeniero de Sistemas, Ingeniero de Telecomunicaciones, Ingeniero Electrónico o Afines.</p> <p>Posgrados: Posgrado en seguridad informática o seguridad de la información o afines</p> <p>Conocimiento específico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Auditor en seguridad de la información ISO 27000 - COBIT 5 Foundation Examination. - COBIT Implementation.

Rol	Competencia
	<ul style="list-style-type: none"> - Gobierno y Seguridad de TI. - EnCase First Responders. - Ethical Hacking. <p>Años de experiencia relacionada con seguridad de la información: Al menos 4 años.</p>
CIO (Chief Information Officer)	<p>Formación universitaria: Ingeniero de Sistemas, Ingeniero de Telecomunicaciones, Ingeniero Electrónico o Afines.</p> <p>Posgrados: Posgrado en Tecnologías de Información para el Negocio o afines.</p> <p>Conocimiento específico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formación en Arquitectura empresarial. <p>Años de experiencia relacionada con seguridad de la información: Al menos 6 años.</p>

4. RELACIÓN ENTRE LA DOCUMENTACIÓN DEL SGSI Y EL MSPI.

TEMA	MSPI	SGSI
Fase planeación		
Política de seguridad y privacidad de la información	Documento con la política de seguridad de la información, debidamente aprobado por la alta Dirección y socializada al interior de la Entidad	SC05-I05 Sistema de Gestión de Seguridad de la Información – Política del SGSI.
Políticas de seguridad y privacidad de la información	Manual con las políticas de seguridad y privacidad de la información, debidamente aprobadas por la alta dirección y socializadas al interior de la Entidad.	Instructivo SC05-I01 Políticas del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información.
Procedimientos de seguridad de la información	Procedimientos, debidamente documentados, socializados y aprobados por el comité que integre los sistemas de gestión institucional. ³	Procedimientos, instructivos y formatos del proceso Gestión de la Seguridad de la Información en el SIGI.
Roles y responsabilidades de seguridad y privacidad de la información	Acto administrativo a través del cual se crea o se modifica las funciones del comité gestión institucional (o el que haga sus veces), en donde se incluyan los temas de seguridad de la información en la entidad, revisado y aprobado por la alta Dirección, deberá designarse quien será el encargado de seguridad de la información dentro de la entidad.	Resolución 12600 de 2018.
Inventario de activos de información	<ul style="list-style-type: none"> • Documento con la metodología para identificación, clasificación y valoración de activos de información, validado por el comité de seguridad de la información o quien haga sus veces y revisado y aprobado por la alta dirección. 	<ul style="list-style-type: none"> • Instructivo SC05-I02 Metodología para la identificación, clasificación y valoración de activos de información. • Registro de activos de información publicado en https://www.sic.gov.co/informacion-

³ Para el caso de la SIC, los procedimientos asociados al proceso de gestión de seguridad de la información serán aprobados por el representante de la alta dirección para el SGSI.

TEMA	MSPI	SGSI
	<ul style="list-style-type: none"> Matriz con la identificación, valoración y clasificación de activos de información. Documento con la caracterización de activos de información, que contengan datos personales Inventario de activos de IPv6 	<p><u>minima</u> - Instrumentos de gestión de información pública.</p> <ul style="list-style-type: none"> Documentos: <ol style="list-style-type: none"> Inventario VLAN IPv6. Inventario Datacenter SIC IPv6 Inventario Software SIC IPv6.
Integración del MSPI con el Sistema de Gestión documental.	Integración del MSPI, con el sistema de gestión documental de la entidad.	<p>Procedimiento SC01-P01 Procedimiento Documentación y Actualización del Sistema Integral de Gestión Institucional – SIGI</p> <p>Procedimiento GD01-P01 Procedimiento Archivo y Retención Documental</p>
Identificación, Valoración y tratamiento de riesgo.	<ul style="list-style-type: none"> Documento con la metodología de gestión de riesgos. Documento con el análisis y evaluación de riesgos. Documento con el plan de tratamiento de riesgos. Documento con la declaración de aplicabilidad. 	<p>SC01-P03 Metodología para la administración del riesgo.</p> <p>SC01-F07 Mapa de riesgos por procesos.</p>
Plan de Comunicaciones.	Documento con el plan de comunicación, sensibilización y capacitación para la entidad.	Documento: Plan de sensibilización, concienciación y culturización organizacional – SGSI.
Plan de diagnóstico de IPv4 a IPv6.	Documento con el Plan de diagnóstico para la transición de IPv4 a IPv6.	Documento: Construcción del plan de diagnóstico.
Fase implementación		
Planificación y Control Operacional.	Documento con la estrategia de planificación y control operacional, revisado y aprobado por la alta Dirección.	SC01-P03 Metodología para la administración del riesgo.
Implementación del plan de tratamiento de riesgos.	Informe de la ejecución del plan de tratamiento de riesgos aprobado por el dueño de cada proceso.	Documento: Informe mensual del SGSI
Indicadores de Gestión.	Documento con la descripción de los indicadores de gestión de seguridad y privacidad de la información.	Hoja de vida de indicadores del proceso SC05 Gestión de la Seguridad de la Información
Plan de Transición de IPv4 a IPv6.	Documento con las estrategias del plan de implementación de IPv6 en la entidad, aprobado por la Oficina de TI.	Documento: Transición del plan IPv4 a IPv6.
Fase evaluación del desempeño		
Plan de revisión y seguimiento, a la implementación del MSPI.	Documento con el plan de seguimiento y revisión del MSPI revisado y aprobado por la alta Dirección.	SC05-P02 Plan de revisión y seguimiento a la implementación del SGSI.
Plan de Ejecución de Auditorías.	Documento con el plan de ejecución de auditorías y revisiones independientes	CI02-F03 Plan de auditoría.

TEMA	MSPI	SGSI
	al MSPI, revisado y aprobado por la Alta Dirección.	
Fase mejora continua		
Plan de mejora continua	<ul style="list-style-type: none"> Documento con el plan de mejoramiento. Documento con el plan de comunicación de resultados. 	Documento: Informe de auditoría. CI01-F09 Plan de mejoramiento. Procedimiento CI02-P01 Revisión de la alta dirección al Sistema Integral de Gestión Institucional. Informes y actas de la revisión por la Alta Dirección.

5. COMPROMISO DE LA ALTA DIRECCIÓN

Como se estableció en el capítulo II del presente manual, la alta dirección garantiza la implementación del SGSI, el cual hace parte del SIGI de la SIC, a través del Comité Institucional de Gestión y Desempeño mediante las revisiones de seguimiento, la evaluación de objetivos de seguridad de la información preestablecidos y la retroalimentación, las cuales tienen como función general, analizar y evaluar la seguridad de la información de la Entidad y efectuar recomendaciones de mejoramiento, de manera que se apoye el logro de la misión, visión, objetivos y funciones que la ley y los reglamentos le señala a la SIC.

El Jefe de la Oficina de Tecnología e Informática es el responsable de la seguridad digital y el responsable de la seguridad de la información de la Entidad. Igualmente es el representante de la Alta Dirección para el Sistema de Gestión de Seguridad de la Información.

5.1. Liderazgo

La SIC demuestra su compromiso con el SGSI, asignando los recursos humanos, financieros, técnicos y administrativos para la mejora continua de la seguridad de la información, fomentando el cumplimiento de las políticas de seguridad de la información y apoyando las iniciativas y proyectos relacionados con el SGSI. De igual manera, promueve el apoyo por parte de las dependencias de la entidad en la implementación de controles de seguridad de la siguiente forma:

DEPENDENCIAS	REQUISITOS MSPI - ISO 27001:2013
Grupo de Trabajo de Contratación.	Seguridad del recurso humano.
Grupo de Trabajo de Administración de personal Grupo de Trabajo de Desarrollo del Talento Humano	
Grupo de Trabajo de Contratación	
Oficina Asesora Jurídica	Relaciones con los proveedores.
	Cumplimiento legal.

DEPENDENCIAS	REQUISITOS MSPI - ISO 27001:2013
Oficina de Control Interno	Auditoría interna.
Dirección Administrativa	Seguridad física y del entorno.
Oficina Asesora de Planeación	Acciones para tratar riesgos y oportunidades.
Oficina de Servicios al Consumidor y Apoyo Empresarial	Toma de conciencia.
Secretaría General	Aspectos de seguridad de la información de la gestión de la continuidad del negocio.
Oficina de Tecnología e Informática	Gestión de activos.
	Organización de la seguridad de la información.
	Políticas de seguridad de la información.
	Control de acceso.
	Criptografía.
	Seguridad de las operaciones.
	Gestión de incidentes de seguridad de la información.
	Seguridad de las comunicaciones.
Adquisición, desarrollo y mantenimiento de sistemas.	

La Seguridad y Salud en el trabajo es uno de los aspectos más importantes de la actividad laboral. El trabajo sin las medidas de seguridad apropiadas puede acarrear serios problemas para la salud. La Superintendencia de Industria y Comercio está cada vez más comprometida en implementar programas de prevención de riesgos laborales definiendo estrategias de prevención y promoción que permitan evitar accidentes y enfermedades laborales.

Es así como la Superintendencia de Industria y Comercio interesada en el bienestar integral, social, mental y físico, de todos sus servidores y contratistas y en cumplimiento con lo establecido en el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo 1072 de 2015, Resolución 0312 de 2019 y demás normatividad aplicable ha implementado el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo - SGSST, que hace parte del Sistema Integral de Gestión Institucional – SIGI, que consiste en un desarrollo lógico y por etapas, cuyos principios están basados en el ciclo PHVA (Planificar, Hacer, Verificar, Actuar), con el objetivo de propiciar el mejoramiento continuo así como el control de las condiciones, riesgos y peligros presentes en el ambiente de trabajo.

El SGSST, se caracteriza por su adaptabilidad al tamaño y características de la Superintendencia de Industria y Comercio, para centrarse en la identificación y control de los peligros y riesgos asociados con su actividad.

Teniendo en cuenta lo anterior, el objetivo del presente capítulo es documentar el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo describiendo las actividades de promoción y prevención a ejecutar, con el fin de procurar un ambiente de trabajo seguro, sano y digno y así preservar el bienestar físico, mental y social de todos aquellos que desarrollan actividades laborales en la SIC.

1. ESTRUCTURA DEL SGSST

Consiste en el desarrollo de un proceso lógico y por etapas, basado en la mejora continua y que incluye Política, Organización, Planificación, Aplicación, Evaluación, Auditoría y Acciones de mejora con el objetivo de anticipar, reconocer, evaluar y controlar los riesgos que puedan afectar la seguridad y la salud en el trabajo.



A continuación, se describen cada una de las etapas que hacen parte de la estructuración del SGSST.

2. POLÍTICA

La Superintendencia de Industria y Comercio, demuestra su compromiso con la Seguridad y Salud en el Trabajo a través de la Política del Sistema Integral de Gestión Institucional - SIGI la cual se encuentra actualizada, firmada, publicada y accesible para servidores, contratistas y demás partes interesadas. Esta política puede ser consultada en el capítulo II del presente manual.

3. ORGANIZACIÓN

Todos los aspectos relacionados con la Superintendencia, están descritos en el numeral 6, del capítulo I, en el que se relaciona la información básica de la SIC, una breve descripción de los servicios/productos, centros de trabajo, recursos, jornada laboral, enfoque al cliente y modelo de operación.

3.1. Aspectos Jurídicos y Laborales

La Superintendencia de Industria y Comercio, ha elaborado la siguiente documentación bajo la normatividad vigente, la cual puede ser consultada por servidores, contratistas y demás partes interesadas y se encuentran publicados en lugares visibles de la entidad y a través de los diferentes medios de comunicación existentes en la misma.



REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL



COPASST



COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL



COMITÉ DE SEGURIDAD VIAL



COMITÉ DE EMERGENCIA - COE

Adicionalmente para el adecuado funcionamiento de los comités, los integrantes de los mismos cuentan con la disponibilidad de tiempo y de los recursos necesarios para el manejo de las sesiones y de los casos que se presentan.

4. PLANIFICACIÓN

4.1. Identificación de Peligros, Valoración de Riesgos y Determinación de Controles

La Superintendencia de Industria y Comercio, tiene definido un procedimiento documentado para la continua identificación de peligros, valoración de riesgos y determinación de controles, SC04-P02, esta metodología permite la participación activa de los trabajadores y partes interesadas y la priorización de los riesgos para establecer medidas de intervención.

4.2. Evaluación Inicial del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo

La evaluación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SGSST, se llevará a cabo preferiblemente durante el primer semestre de cada año, con el propósito de identificar el estado de los requisitos del Sistema y ser un insumo para la definición del plan de trabajo anual de la Entidad. Sin embargo, esta evaluación puede realizarse en el momento que se estime conveniente o si se requiere actualizar el plan de trabajo definido.

4.3. Plan de Trabajo Anual

Cada año se define el plan de trabajo en Seguridad y Salud en el Trabajo – SST, el cual contiene las actividades a desarrollar, objetivos, metas, recursos, responsables, cronograma y porcentaje de cumplimiento y debe estar firmado.

El plan de trabajo anual se archiva de manera electrónica de tal forma que se pueda ir registrando la ejecución de las actividades y calculando el porcentaje de cumplimiento de cada actividad propuesta.

4.4. Requisitos Legales

Como se indica en la política del SIGI, uno de los compromisos de la Superintendencia de Industria y Comercio es el cumplimiento de los requisitos legales vigentes y de otras disposiciones que apliquen para la integralidad del sistema. Es así como se tiene definido un procedimiento para la identificación y acceso a requisitos legales SC01-P04, que establece los parámetros para la identificación, acceso, actualización, divulgación y evaluación de los requisitos legales y de otra índole para el Sistema Integral de Gestión (Calidad, Ambiental y Seguridad y Salud en el Trabajo).

Todos los aspectos identificados son relacionados en la Matriz de requisitos legales de Seguridad y Salud en el Trabajo SC04-F13, la cual se actualiza de manera permanente y se registra la manera como la entidad da cumplimiento al requisito legal, así mismo se lleva a cabo una evaluación que permite validar el cumplimiento del mismo.

4.5. Objetivos y Metas

En concordancia con la política del Sistema integral de Gestión Institucional se han establecido objetivos, metas e indicadores que son insumo para planificación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.



4.6. Programas de Gestión

4.6.1. Medicina Preventiva y del Trabajo

En este programa de gestión se integran las acciones de medicina preventiva y del trabajo, teniendo en cuenta que las dos tienden a garantizar óptimas condiciones de bienestar físico, mental y social de los servidores, protegiéndolos de factores de riesgos laborales, ubicándolos en puestos de trabajo acorde con sus condiciones psicofísicas.

4.6.1.1. Objetivos

- Cumplir con los requisitos normativos y de otra índole, en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo aplicable a la entidad.
- Crear un plan de capacitación y entrenamiento orientado a prevenir los peligros y riesgos propios de la Entidad minimizando las causas de accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
- Implementar los sistemas de control requeridos para evitar efectos adversos en funcionarios, contratistas, visitantes e instalaciones, generados por la magnitud de los factores de riesgo.
- Desarrollar programas de promoción y prevención tendientes a promover una cultura de autocuidado en todas las personas que desarrollen sus funciones y actividades contractuales en la Superintendencia de Industria y Comercio.
- Desarrollar las acciones necesarias que permitan la mejora continua del SG-SST, a partir del análisis de los resultados generados de las diferentes actividades de evaluación al sistema.

4.6.1.2. Actividades

A continuación, se detallan las actividades que en general son desarrolladas dentro de este programa:

EXÁMENES OCUPACIONALES
<ul style="list-style-type: none"> • Establecer y definir las directrices para la ejecución de los exámenes médicos Ocupacionales de ingreso, periódicos, post incapacidad y de egreso a realizarse a los servidores y contratistas de la Superintendencia de Industria y Comercio, para valorar su estado de salud en relación con la ocupación y el desempeño de sus funciones. • Instructivo para la ejecución de exámenes médicos ocupacionales y elaboración del profesigramas SC04-I05 • Matriz exámenes ocupacionales SC04-F14
DIAGNÓSTICO DE CONDICIONES DE SALUD
<ul style="list-style-type: none"> • Este estudio describe las características demográficas, laborales, hábitos, antecedentes en salud, exposición a riesgos ocupacionales, sintomatología, enfermedades generales y/o laborales de un grupo de servidores públicos en un lapso o periodo determinado. Esta información, permite implementar medidas para mejorar la calidad de vida de los Servidores Públicos, en especial, las relativas al cumplimiento y desarrollo de los programas de prevención de accidentes de trabajo y enfermedades laborales y la promoción de la salud, así como de aquellas comunes que puedan verse agravadas por el trabajo o por el medio en que éste se desarrolla.
REGISTROS Y ESTADÍSTICAS EN SALUD
<ul style="list-style-type: none"> • Primeros Auxilios: Se brinda la atención oportuna y adecuada en primeros auxilios por medio de brigadistas que han sido capacitados y entrenados en manejo de emergencias. • Alertas médicas: Información de carácter personal que de manera voluntaria servidores y contratistas, han suministrado a la brigada de emergencias, acerca de condiciones especiales de salud que deben ser tenidas en cuenta en caso de presentar algún evento que requiera de atención de primeros auxilios. • Morbilidad sentida: Registro y análisis de las incapacidades de origen común y/o laboral.
SEGUIMIENTO A RECOMENDACIONES Y RESTRICCIONES MÉDICAS, REUBICACIÓN Y READAPTACIÓN LABORAL
<ul style="list-style-type: none"> • Se cuenta con una matriz donde se registran los casos calificados tanto de origen común como laboral, las recomendaciones y restricciones médicas para su respectivo seguimiento y en casos que se requiera se llevan a cabo inspecciones a los puestos de trabajo y se realizan reubicaciones laborales.
PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
<ul style="list-style-type: none"> • Están basados en los resultados del informe de condiciones de salud, identificación de peligros y valoración de riesgos, estadísticas de morbilidad, accidentalidad y dictamen de enfermedades laborales y comunes, entre otros. <p>Se tienen definidos 3 Programas de Vigilancia Epidemiológica:</p> <ol style="list-style-type: none"> i) Desórdenes músculo esqueléticos SC04-F29 ii) Psicosocial SC04-F31 iii) Programa de promoción y prevención de estilos de vida y trabajo saludables SC04-F34
PROGRAMAS DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN EN SALUD

- La entidad cuenta con las siguientes actividades:
 - i) Campañas de prevención de alcoholismo, drogadicción y tabaquismo - Política
 - ii) Elaboración de boletines, folletos informativos y campañas educativas sobre riesgo cardiovascular, enfermedades respiratorias, nutrición adecuada, estilos de vida saludables, entre otras
 - iii) Cartillas de Salud (Visual y Auditivo)

BIENESTAR LABORAL

La SIC cuenta con un programa de bienestar que busca fomentar el desarrollo integral, la satisfacción en el trabajo, el mejoramiento de la calidad de vida de sus servidores públicos y el de su grupo familiar, fortaleciendo de esta manera la identificación y el sentido de pertenencia hacia la Entidad.

Para lograr este propósito se parte de la base de una medición de clima laboral, cuyos resultados son el insumo para la definición de las actividades tales como reconocimientos, celebración de fechas especiales, deporte, recreación y esparcimiento. Como socio estratégico se cuenta con la caja de compensación familiar Compensar, que con su experiencia y trayectoria contribuyen al éxito del programa.

De igual forma la entidad cuenta con el fondo de empleados FESINCO, a través del cual los servidores públicos gozan de un amplio portafolio de servicios tales como líneas de ahorro, crédito, auxilios, beneficios y convenios con diferentes empresas.

4.6.2. Higiene Industrial

Es el conjunto de actuaciones dedicadas al reconocimiento, evaluación y control de aquellos factores ambientales que pueden ocasionar enfermedades, afectar la salud y/o el bienestar de los trabajadores en sus lugares de trabajo.

4.6.2.1. Objetivos

- Identificar y evaluar mediante estudios higiénicos, los agentes y factores de riesgo, que puedan ocasionar enfermedades laborales.
- Determinar y aplicar las medidas de control para prevenir las enfermedades laborales y verificar periódicamente su eficiencia.

4.6.2.2. Actividades

Con base en los resultados de la priorización de Matriz de identificación de peligros, evaluación de riesgos y determinación de controles SC04-P02 y en los resultados de los estudios higiénicos realizados en años anteriores, se determinará la necesidad y periodicidad de llevar a cabo nuevas mediciones ambientales.

Para la evaluación y valoración de los diferentes peligros higiénicos identificados, se utilizarán las metodologías específicas para cada caso.

La Superintendencia de Industria y Comercio, de acuerdo a su identificación de peligros realiza las siguientes mediciones ambientales:

CONFORT TÉRMICO
Son mediciones para el análisis de las condiciones térmico ambientales en las cuales laboran las personal y que podrían estar relacionadas con manifestaciones de disconfort por calor en los sitios de trabajo
ILUMINACIÓN
Estas evaluaciones ocupacionales pretenden cuantificar los niveles de iluminación definidos como la cantidad de LUX a la cual se encuentran expuestas las personas durante el desarrollo de sus actividades laborales; comparar los resultados de las evaluaciones con los niveles de iluminación recomendados y establecer las prioridades de control para mejorar las condiciones de iluminación ocupacional en cada área o puesto de trabajo evaluado además de las requeridas para establecer un adecuado programa de conservación visual.
RUIDO
<p>El ruido es un contaminante físico que puede estar presente en el entorno laboral. Según la normativa actual, el límite equivalente diario está en 80 dBA; superarlo puede llegar a causar enfermedades graves. Existen dos métodos para medir el ruido, la Sonometría y la Dosimetría.</p> <p>La Sonometría es la versión corta de la medición. Normalmente se toman varias muestras directamente de cada puesto de trabajo en un tiempo de no más de 15 segundos cada una.</p> <p>La Dosimetría vendría a ser la versión larga, para comprobar las variaciones a lo largo de un tiempo determinado (un día o una semana). Si el ruido está presente a lo largo de toda la jornada laboral (digamos 8 horas al día), deberá realizarse una medición completa (8 horas).</p>

Para la realización de los estudios o mediciones higiénicas se valida que el personal que los realice sea competente con licencia de prestación de servicios en salud ocupacional y realización de estudios higiénicos, además se valida que los equipos con los que se realizan los estudios tengan su respectiva calibración y mantenimiento.

4.6.3. Seguridad Industrial

Seguridad Industrial comprende el conjunto de técnicas y actividades destinadas a la identificación, valoración y al control de causas de los accidentes de trabajo.

4.6.3.1. Objetivos

- Identificar los peligros que se pueden presentar en la entidad, los cuales pueden afectar la salud y que son factores potenciales de riesgos para la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
- Determinar y aplicar las medidas de control para los riesgos identificados realizando el respectivo seguimiento.

- Investigar los accidentes de trabajo ocurridos, determinar las causas y sugerir las medidas correctivas para su prevención.
- Inspecciones de Seguridad.
- Implementación del Plan de Emergencias.

4.6.3.2. Actividades

A continuación, se detallan las actividades que en general son desarrolladas dentro de este programa:

IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS, VALORACIÓN DE RIESGOS Y DETERMINACIÓN DE CONTROLES
<p>Se realizan visitas a los puestos de trabajo donde participan de manera activa los servidores públicos, contratistas y partes interesadas, con el objetivo de identificar los peligros que se pueden presentar en las actividades, procesos, condiciones de trabajo, actos inseguros, instalaciones y servicios relacionados a la entidad, los cuales pueden afectar la salud y que son factores potenciales de riesgo para la ocurrencia de accidentes de trabajo, incidentes y enfermedad laboral, así mismo se determinan los controles necesarios para mitigar, sustituir o eliminar los peligros.</p> <p>Actualmente se cuenta con un procedimiento documentado que permite alcanzar el propósito de esta actividad:</p> <ul style="list-style-type: none">• Procedimiento para la continua identificación de peligros, valoración de riesgos y determinación de controles SC04-P02.• Matriz de identificación de peligros, valoración de riesgos y determinación de controles SC04-F06
ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL - EPP
<p>A través del instructivo para la identificación, entrega y uso de elementos de protección personal SC04-I03 se identifica y estandariza la selección, entrega, uso, mantenimiento y reposición de los elementos de protección personal que se requieren para el desarrollo de las funciones de servidores, teniendo en cuenta los factores de riesgos a los cuales se encuentran expuestos, minimizando los índices de accidentalidad y la aparición de enfermedades laborales.</p> <p>En la relación de Elementos de Protección Personal se indica la distribución de EPP de acuerdo a los riesgos expuestos en las áreas de trabajo.</p> <p>En la Matriz de Elementos de Protección Personal, se identifica el riesgo a mitigar, el EPP recomendado, la descripción del mismo y su función, el mantenimiento que debe tener y la norma que lo regula.</p> <p>Así mismo se llevan registros de la entrega de los EPP a los funcionarios, donde se especifica elemento entregado, cantidad, talla, fecha de entrega, capacitación en normatividad, descripción, recomendaciones de cuidado, uso y mantenimiento de los mismos.</p> <ul style="list-style-type: none">• Instructivo para la identificación, entrega y uso de los Elementos de Protección Personal EPP SC04 - I03• Matriz EPP SC04-F01• Acta entrega de Elementos de Protección Personal SC04-F02• Relación de Elementos de Protección Personal SC04-F03

REPORTES FACI

La Entidad cuenta con una metodología que facilita el reporte de Actos y Condiciones Inseguras Reportes FACI, el cual se encuentra disponible a través de la Intransic, de esta forma Seguridad y Salud en el Trabajo se entera de los peligros existentes, los canaliza con el área correspondiente para su intervención y les realiza seguimiento de cierre.

- Instructivo reporte y Seguimiento de Actos y Condiciones Inseguras FACI SC04-I01
- Reporte de actos y condiciones inseguras FACI SC04-F07
- Consolidado reporte de Actos y Condiciones Inseguras -FACI SC04-F08

INSPECCIONES PLANEADAS

Las inspecciones son observaciones sistemáticas que nos permiten detectar de manera temprana condiciones inseguras en el ambiente de trabajo, previendo así que se desencadenen accidentes de trabajo y/o enfermedades laborales.

Cuando un área de trabajo es inspeccionada, provee información detallada y precisa de fortalezas y aspectos a mejorar, y su impacto definitivo está reflejado en el informe final, pues se convierte en una valiosa herramienta en la identificación y priorización de aspectos que requieren de intervención.

Actualmente se realizan diferentes inspecciones donde participan los integrantes del Copasst y de la brigada de emergencia.

- Instructivo para la realización de inspecciones de seguridad SC04 - I07

5. APLICACIÓN

5.1. Definición de Recursos

La Superintendencia de Industria y Comercio, asigna los recursos necesarios para el diseño e implementación de las diferentes actividades del SGSST, revisión, evaluación y mejora de las medidas de prevención y control para la gestión eficaz de los peligros y riesgos en el lugar de trabajo y también, para que los responsables del sistema puedan cumplir de manera satisfactoria con sus responsabilidades.



5.2. Responsabilidades por nivel

5.2.1. Representante del Sistema

Como se mencionó en el capítulo II. Sistema Integral de Gestión Institucional, La Secretaría General es la responsable del funcionamiento y operatividad del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SGSST, destinando los recursos administrativos y financieros requeridos para tal fin y como tal sus responsabilidades están establecidas en la Resolución 21781 de 2012, dentro de las que se encuentran:

- Efectuar la gerencia integral para alcanzar el éxito del proyecto y la implementación del Sistema Integral de Gestión Ambiental y Seguridad y salud en el trabajo en la entidad.
- Generar al interior de la Superintendencia las acciones necesarias para el adecuado desarrollo, implementación, mantenimiento, revisión y perfeccionamiento del Sistema Integral de Gestión Ambiental y Seguridad y salud en el trabajo en la entidad.
- Informar al Superintendente sobre el desempeño del Sistema Integral de Gestión Ambiental y Seguridad y salud en el trabajo, así como cualquier necesidad de mejora.
- Procurar que el Sistema Integral de Gestión Ambiental y Seguridad y salud en el trabajo este alineado con la política, propósitos y objetivos del Sistema de Gestión de Calidad de la entidad.

- Asegurar la promoción de una cultura ambiental y de seguridad y salud en el trabajo en servidores públicos, contratistas y visitantes, acorde con las políticas y directrices del Sistema Integral de Gestión Ambiental y Seguridad y salud en el trabajo.

5.2.2. Responsable del Sistema

La coordinación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SGSST, estará bajo supervisión del Coordinador del Grupo de Trabajo de Desarrollo del Talento Humano, para ello se tienen definidas las siguientes responsabilidades:

- Velar por el cumplimiento de las normas y procedimientos relacionados con planes, programas y proyectos en Sistema de Gestión para la Seguridad y Salud en el Trabajo, desarrollando los procedimientos e instrucciones definidas en la materia.
- Participar en la definición y desarrollo de los planes y programas en materia del Sistema de Gestión para la Seguridad y Salud en el Trabajo
- Desarrollar actividades de divulgación y difusión de las normas y procedimientos relacionados con el Sistema de Gestión para la Seguridad y Salud en el Trabajo.
- Diseñar y ejecutar los planes y programas relacionados con el Sistema de Gestión para la Seguridad y Salud en el Trabajo, conforme con la normativa vigente.
- Elaborar los actos administrativos necesarios para llevar a cabo el Sistema de Gestión para la Seguridad y Salud en el Trabajo de la Superintendencia de Industria y Comercio, con fundamento en las necesidades y requerimientos de la entidad.
- Generar informes periódicos de acuerdo con los requerimientos del Jefe inmediato, en los temas que le sean asignados, en términos de calidad e idoneidad.
- Desarrollar actividades establecidas en el programa de salud ocupacional de la SIC conforme a la normatividad vigente, en temas de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- Adelantar las etapas de investigación y análisis de las causas de los accidentes e incidentes de trabajo, enfermedades profesionales de los servidores de la SIC, en cumplimiento de la normatividad aplicable.
- Participar en la implementación, mantenimiento y mejora continua del Sistema de Control Interno y de Calidad, Sistema de Gestión Integral de Calidad, Gestión Ambiental y Seguridad y Salud en el Trabajo, de acuerdo con la naturaleza y estructura institucional, en cumplimiento de las disposiciones legales vigentes.
- Desempeñar las demás funciones que les sean asignadas por el jefe inmediato, de acuerdo con la naturaleza del empleo y el área de desempeño.

5.2.3. Copasst

- Participar de las actividades de promoción, divulgación e información, sobre SST.
- Actuar como instrumento de vigilancia para el cumplimiento del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo e informar sobre el estado de ejecución del mismo.
- Proponer a la administración de la Entidad la adopción de medidas y el desarrollo de actividades que procuren y mantengan la salud en los lugares y ambientes de trabajo.
- Proponer y participar en actividades de capacitación en salud ocupacional dirigidas a trabajadores, supervisores y directivos.
- Colaborar con los servidores públicos de entidades gubernamentales de salud ocupacional en las actividades que éstos adelanten en la empresa y recibir por derecho propio los informes correspondientes.
- Participar en la investigación de accidentes laborales.
- Verificar la correcta divulgación de los diferentes procedimientos, políticas, objetivos y revisión gerencial que determina la normatividad aplicable.
- Vigilar el desarrollo de las actividades que en materia de SST debe realizar la Entidad de acuerdo con las normas vigentes.

5.2.4. Comité de Convivencia laboral

Dentro de las funciones que debe cumplir el Comité de Convivencia Laboral de la SIC, se encuentran:

- Recibir y dar trámite a las quejas presentadas en las que se describan situaciones que puedan constituir acoso laboral, así como las pruebas que las soportan.
- Examinar de manera confidencial los casos específicos o puntuales en los que se formule queja o reclamo, que pudieran tipificar conductas o circunstancias de acoso laboral, al interior de la entidad pública o empresa privada.
- Formular un plan de mejora concertado entre las partes, para construir, renovar y promover la convivencia laboral, garantizando en todos los casos el principio de la confidencialidad.

- Hacer seguimiento al cumplimiento de las recomendaciones dadas por el Comité de Convivencia a las dependencias de gestión del recurso humano y salud en el trabajo de las empresas e instituciones públicas y privadas.
- De igual forma servidores y contratistas, están en la obligación de cumplir con las normas y recomendaciones del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SGSST, Reglamento Interno de trabajo y Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial.

5.2.5. Servidores

Los servidores, de conformidad con la normatividad vigente, Decreto 1072 de 2015 artículo 2.2.4.6.10, tendrán entre otras, las siguientes responsabilidades:

- Procurar el cuidado integral de su salud.
- Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
- Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa.
- Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo.
- Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del SG–SST; y
- Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SGSST.

5.2.6. Contratistas

De conformidad con la normatividad vigente, Decreto 1072 de 2015 artículo 2.2.4.2.2.16, el contratista debe cumplir con las normas del Sistema General de Riesgos Laborales, en especial, las siguientes:

- Procurar el cuidado integral de su salud.
- Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumirá su costo.
- Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.

- Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.
- Mantener al día el pago el pago de seguridad social.
- Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SGSST.
- Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada del contrato.

5.3. Rendición de Cuentas

A quienes se les hayan delegado responsabilidades en el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SGSST, tienen la obligación de rendir cuentas internamente en relación con su desempeño. Esta rendición de cuentas, se podrá realizar a través de medios escritos, electrónicos, verbales o los que sean considerados por los responsables. La periodicidad de esta actividad será, mínimo una vez al año.

5.4. Competencia Laboral En SST: Inducción, Capacitación y Entrenamiento

5.4.1. Inducción en SST

El programa de Inducción y re inducción de la Superintendencia de Industria y Comercio, se implementa como un programa sistemático y permanente, dentro de un contexto metodológico flexible, integral, práctico y participativo, inserto en la cultura organizacional, el cual facilitará la adaptación del servidor con el entorno institucional y al ambiente de trabajo, proporcionándole la información y herramientas necesarias para su inserción como parte de la Entidad.

Cuando un servidor y/o contratista ingresa a la Entidad, recibe la siguiente información de Seguridad y Salud en el Trabajo en su proceso de inducción:

- Normatividad
- Responsabilidades del empleador
- Responsabilidades del trabajador
- Generalidades del Sistema Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo
 - Políticas
 - Organización
 - Rendición de cuentas
 - Definición de responsabilidades y funciones
 - Aspectos Jurídicos (Reglamento y comités)
 - Definición de recursos
 - Medios de comunicación
 - Competencia laboral (Inducción, capacitación y entrenamiento)

- Documentación y control de documentos
- Planificación
 - Objetivos y metas
 - Requisitos legales
 - Identificación de peligros
 - Programas de gestión
 - Medicina preventiva
 - Higiene industrial
 - Seguridad Industrial
- Aplicación
 - Gestión del cambio
 - Emergencias
 - Control a contratistas
- Verificación
 - Investigación de accidentes
 - Supervisión
- Auditoría
 - Internas y externas
 - Revisión por la dirección
- Mejoramiento
 - Acciones correctivas y preventivas
- Conceptos básicos
- Programas de vigilancia epidemiológica
- ARL
- Que hacer en caso de un accidente de trabajo
- Ingreso a Seguridad y Salud en el Trabajo desde la IntraSIC

La reinducción, es un proceso dirigido a actualizar a los servidores públicos y contratistas en relación con la normatividad, estructura, procedimientos, así como a reorientar su integración a la cultura de la entidad; se impartirán por lo menos cada dos años, o cuando la entidad enfrente cambios significativos en sus procesos.

El programa de inducción y re inducción será reformulado y reestructurado de acuerdo a las exigencias de la dinámica de la Entidad.

5.4.2. Programa de Capacitación y Entrenamiento

Seguridad y Salud en el Trabajo, genera diferentes espacios de capacitación con el propósito de brindar el conocimiento necesario en este tema, a todos los niveles de la entidad, incluyendo a servidores, contratistas y demás partes interesadas, contribuyendo así en el desarrollo y fortalecimiento de una cultura de autocuidado.

De igual forma en cada programa de gestión se definen los temas de capacitación que dan respuesta a las necesidades encontradas en las diferentes fuentes diagnósticas.

5.5. Comunicación, Participación y Consulta

La Superintendencia de Industria y Comercio, cuenta con diversos medios de comunicación, participación y consulta para los servidores, contratistas, proveedores, visitantes y demás partes interesadas sobre los aspectos relevantes del SGSST.

La Entidad, permite y motiva abiertamente la participación de los servidores y contratistas en diferentes actividades, tales como identificación de peligros, investigación de incidentes, el desarrollo y revisión de la política y objetivos de seguridad y salud en el trabajo.

Las solicitudes, inquietudes y sugerencias de los servidores y contratistas de la Superintendencia de Industria y Comercio relacionadas con el tema del SGSST podrán ser comunicadas al Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo, a través de comunicaciones formales y/o correo electrónico, quien en sus reuniones las abordará como punto en la agenda y realizará el respectivo seguimiento.

A través del Instructivo de comunicación, participación y toma de consciencia SC04-I04 se establecen los mecanismos para garantizar la comunicación interna y externa en materia de prevención de riesgos laborales, así como generar conciencia en servidores, contratistas y demás partes interesadas, en lo correspondiente a sus funciones, responsabilidades e importancia en contribuir en el cumplimiento con la política, procedimientos, objetivos y requisitos del SGSST.

5.5.1. Comunicación Interna

- **PARTICIPACIÓN Y CONSULTA.** Los servidores y contratistas, tiene la libertad de expresar sus opiniones, comunicar condiciones inseguras, situaciones de riesgos o cualquier novedad que consideren pertinente dar a conocer, adicionalmente puede solicitar información general o específica sobre temas relacionados con Seguridad y Salud en el trabajo a través de consulta directa al Grupo de talento Humano, Copasst y Brigada.

Cualquier solicitud, queja o sugerencia direccionada al Grupo de Talento Humano y que esté relacionada con Seguridad y Salud en el trabajo será analizada y tramitada, así mismo se retroalimentará a la persona remitente con el fin de garantizar la respuesta a su comunicación.

Los servidores públicos y contratistas cuentan también con el Copasst, a través de sus representantes puede dar a conocer sus opiniones, inquietudes y solicitudes sobre los temas que estimen pertinentes relacionados con Seguridad y Salud en el Trabajo.

De igual forma pueden participar en la investigación de incidentes, accidentes, identificación de peligros, inspecciones y demás actividades que se programen.

La difusión de las políticas, procedimientos, planes, normas y reglamentos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SGSST, se realiza a través de la IntraSIC, herramienta a la cual tienen acceso servidores y contratistas.

La inducción y re inducción es extensiva a servidores y contratistas, definido bajo el objetivo de brindar la información necesaria para garantizar la seguridad y la salud de todas las personas que prestan sus servicios en la entidad, indistintamente de su tipo de vinculación con esta.

- **DIFUSIÓN DE TEMAS RELACIONADOS CON SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.** Para la divulgación de la información a servidores y contratistas se tienen en cuenta diferentes metodologías, tales como la presentación de informes y estadísticas, mensajes en carteleras virtuales, IntraSIC, boletines informativos, correos electrónicos, inducción y re inducción, capacitación, Copasst, retroalimentación directa y comunicaciones escritas.

En el caso de proveedores, visitantes y demás partes interesadas, la información se divulga a través de carteleras virtuales, tarjeta de visitante y los folletos informativos.

- **CONCIENTIZACIÓN.** Generar conciencia no es una tarea sencilla, por ello constantemente se están reforzando temas de seguridad y salud en el trabajo a través de charlas directas con las personas, reportando actos y condiciones inseguras, transmitiendo a través de IntraSIC y carteleras virtuales mensajes de autocuidado. Es tan importante este tema de generar conciencia que se tiene definido un procedimiento para tal fin.

Adicionalmente al ingreso de las instalaciones se comunicará a todo visitante las recomendaciones de seguridad mínimas para la permanencia en las mismas, que también se encuentran descritas en las tarjetas designadas para tal fin.

5.6. Documentación y Control de Documentos

En el capítulo IV. Sistema de Gestión de Calidad, del presente manual, se explican los requerimientos asociados a la documentación en la SIC, así mismo se debe tener en cuenta el Procedimiento Archivo y retención documental, pues a través de estos instrumentos la SIC asegura la conservación de registros y documentos que dan soporte al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SGSST de manera controlada, garantizando que sean legibles, fácilmente identificables y accesibles, protegidos contra daño, deterioro o pérdida.

Todos los documentos y registros que se generan en el sistema son archivados de acuerdo con la tabla de retención documental definida para Seguridad y Salud en el Trabajo.

5.7. Control Operacional

Los Programas de Vigilancia Epidemiológica (PVE), están basados en los resultados del informe de condiciones de salud, matriz de identificación de peligros, valoración de riesgos y

determinación de controles, estadísticas de morbilidad, accidentalidad y dictamen de enfermedades laborales y comunes, entre otros

Estos programas incluyen, objetivos y metas cuantificables, responsables, acciones, recursos y cronogramas de actividades.

Se realiza evaluación periódica del(os) programa(s) de gestión por medio de indicadores de cumplimiento, cobertura y eficacia con el objetivo de analizar las tendencias, plantear nuevas estrategias, planes de mejoramiento y/o replantear las actividades del programa de gestión e implementación de los mismos.

5.8. Preparación y Respuesta Ante Emergencias

La Superintendencia de Industria y Comercio, tiene establecido un plan de emergencias SC04-F30, el cual tiene como objetivo minimizar las pérdidas (humanas, materiales, ambientales, etc.) asociadas con la ocurrencia de una emergencia, a través del establecimiento de los lineamientos administrativos y operativos necesarios para responder satisfactoriamente ante dichos eventos y servir de herramienta para dar cumplimiento a los requerimientos establecidos en la legislación laboral Colombiana en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo.

PLAN DE EMERGENCIA

Se implementa y mantiene las disposiciones necesarias en materia de prevención, preparación y respuesta ante emergencias, contemplando los siguientes aspectos:

- Análisis de amenazas y vulnerabilidad.
- PON (Planes Operativos Normalizados)
- Recursos
- Programa de conformación, capacitación y entrenamiento
- Entrenamiento a todos los trabajadores en actuación antes, durante y después de las emergencias
- Inspecciones operativas que contempla la revisión de los equipos de emergencia, sistemas de señalización y alarma.

5.9. Gestión del Cambio

La Superintendencia de Industria y Comercio, evaluará el impacto sobre la seguridad y salud, que puedan generar los cambios internos (introducción de nuevos procesos, cambios en los métodos de trabajo, adquisiciones, instalaciones, entre otros) o los cambios externos (cambios en la legislación, evolución del conocimiento en seguridad y salud, entre otros).

Para ello realizará la identificación de peligros y la evaluación de riesgos que puedan derivarse de estos cambios, y se adoptarán las medidas de prevención y control antes de su implementación cuando así proceda, en consulta con el COPASST.

5.10. Control de Contratistas

La Superintendencia de Industria y Comercio, cuenta con un instructivo para el control de contratistas, tiene lineamientos y requisitos en seguridad y salud en el trabajo. A continuación, se detallan algunos lineamientos generales:

- Para aquellos contratistas que realizan trabajos para la Superintendencia de Industria y Comercio se deberán verificar antes del inicio del trabajo y periódicamente, el cumplimiento de la obligación de afiliación a la seguridad social integral.
- Se informa a los contratistas al igual que a los trabajadores al inicio del contrato, los peligros y riesgos generales y específicos de su zona de trabajo, incluidas las actividades o tareas de alto riesgo, rutinarias y no rutinarias, así como la forma de controlarlos y las medidas de prevención y atención de emergencias.

6. VERIFICACIÓN

6.1. Medición y Seguimiento del Desempeño

La Superintendencia de Industria y Comercio, tiene establecido una serie de indicadores cualitativos y cuantitativos, para supervisar, medir y recopilar con regularidad, información relativa al desempeño del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo y determinar así su impacto en el cumplimiento de objetivos y políticas del sistema.

Toda la información relativa a cada indicador se encuentra contenida en el consolidado de indicadores del sistema, donde se contemplan la siguiente información: Nombre del indicador, definición, meta, método de cálculo o verificación, fuente de información, periodicidad del reporte, responsable, resultado mensual, evidencia, interpretación y gráfica.



De igual forma, se realizará una validación permanente de los diferentes procesos que intervienen en el sistema de gestión, de forma tal que la información obtenida sirva de insumo para la toma de decisiones y para la definición de los planes de mejoramiento que se estimen pertinentes.

6.2. Evaluación De Cumplimiento

De acuerdo con el procedimiento de Identificación y acceso a requisitos legales SC01-P04, la oficina de Control Interno verificará el cumplimiento de políticas, normas, procedimientos, planes, programas, proyectos y metas de la SIC.

En cuanto al cumplimiento de requisitos legales de Seguridad y Salud en el Trabajo, la SIC realizará la evaluación a través de un asesor externo competente. Los resultados de esta evaluación se registrarán en la matriz de requisitos legales y se definirán de acuerdo a los hallazgos las recomendaciones de mejora a implementar para prevenir el incumplimiento de la normatividad vigente.

De encontrarse no conformidades como resultado de la evaluación de cumplimiento legal se incluirán las acciones correspondientes en la matriz junto con la fecha de ejecución, y se verificará el cierre en la siguiente evaluación de requisitos legales.

De igual manera para los requisitos reglamentarios se verificará anualmente registrando en la matriz su nivel de cumplimiento.

6.3. Investigación de Incidentes, Accidentes y Enfermedades Relacionadas con el Trabajo

Se cuenta con una metodología alineada con los parámetros legales y de fácil comprensión que permite la identificación de las posibles causas que generan incidentes y accidentes de trabajo y enfermedades laborales, lo que a su vez permite definir los planes de mejoramiento pertinentes y así evitar la repetición del mismo evento o similares.

INVESTIGACIÓN DE INCIDENTES, ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES LABORALES

Se cuenta con una metodología alineada con los parámetros legales y de fácil comprensión que permite la identificación de las posibles causas que generan incidentes y accidentes de trabajo, lo que a su vez permite definir los planes de mejoramiento pertinentes y así evitar la repetición del mismo evento o similares.

Instructivo para la investigación de incidentes y accidentes de trabajo SC04 - I06

- Análisis de incidentes y accidentes de Trabajo SC04 - F05
- Consolidado de incidentes y accidentes SC04-F09
- Listado de causas SC04-F11

Los informes y las conclusiones de investigaciones desarrolladas por organismos externos como autoridades de inspección, vigilancia y control o por parte de Administradoras de Riesgos Laborales, también serán considerados como fuente para los planes de mejoramiento en materia de SST, respetando los requisitos de confidencialidad que apliquen de acuerdo con la legislación vigente.

7. AUDITORIA Y REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

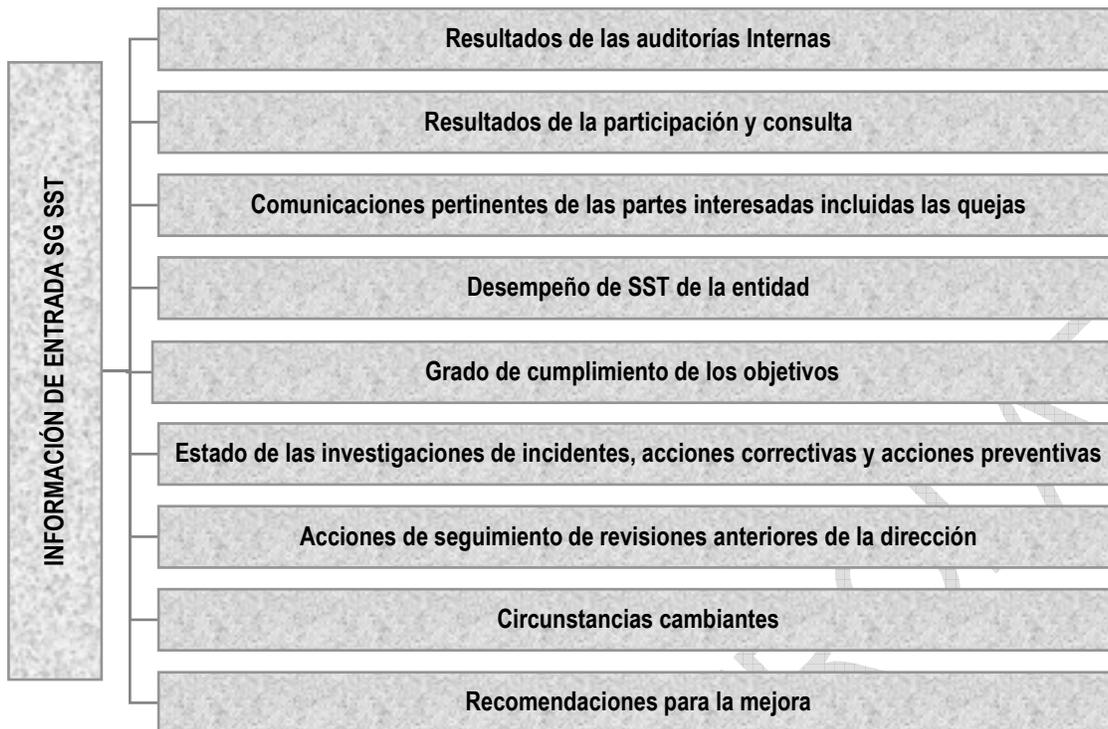
7.1. Auditoria

Para realizar la auditoria al SGSST se sigue lo dispuesto en capítulo II del presente manual. La Superintendencia de Industria y Comercio, ha establecido que para determinar la eficacia del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SGSST, se efectúen auditorías al Sistema, para lo cual cuenta con un procedimiento documentado denominado auditorías sistema integral de gestión institucional CI02-P02.

7.2. Revisión por la Dirección

Al igual que con los demás sistemas que integran el SIGI, para la revisión por la dirección se sigue lo definido en el Capítulo II del presente manual.

Adicional a lo anterior, para la revisión del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SGSST, se tendrán en cuenta los siguientes elementos de entrada:



8. MEJORAMIENTO

Acciones Correctivas y Preventivas

El mejoramiento continuo está directamente relacionado con las acciones correctivas y preventivas, que no son más que oportunidades de mejora, debido que permiten identificar las causas que las generan.

Se considera las siguientes fuentes para identificar oportunidades de mejora:

- Los cambios en legislación que apliquen a la organización;
- Evaluación del cumplimiento de los objetivos del SGSST;
- Los resultados de la identificación de peligros, valoración de riesgos y determinación de controles.
- Los resultados de la evaluación y auditoría del SGSST, incluyendo la investigación de los incidentes, accidentes y enfermedades relacionadas con el trabajo y los resultados y recomendaciones de las auditorías;
- Las recomendaciones presentadas por los servidores públicos, contratistas, visitantes, Copasst y demás partes interesadas
- Los resultados de las actividades de medicina preventiva, higiene y seguridad industrial
- El resultado de la evaluación realizado por la alta dirección.

La entidad cuenta con el procedimiento de acciones correctivas y preventivas CI02-P05, el cual garantiza que se defina e implementan las acciones necesarias, con base en los

resultados de la supervisión y medición de la eficacia del SGSST, de las auditorías y de la revisión por la alta dirección.

Las acciones están orientadas a:

- Identificar y analizar las causas fundamentales de las no conformidades.
- La adopción, planificación, aplicación, comprobación de la eficacia y documentación de las medias preventivas y correctivas.

Todas las acciones preventivas y correctivas, se documentan, son difundidas a todos los niveles pertinentes, se asignan responsables y fechas de cumplimiento.

CAPITULO VIII. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CONCILIACIÓN ENTIDAD FAMILIARMENTE RESPONSABLE (efr)

Desde el mundo empresarial, académico, intelectual político es deseable que se impulse un cambio de paradigma social y empresarial que provoque una forma de desarrollo más sustentable en lo económico, lo medioambiental y lo social. La conciliación entre familia y trabajo corresponde a lo social y al cambio para proporcionar opciones para que la familia siga siendo un lugar de protección, y sus miembros puedan llegar a ser lo que ellos quieren ser.

Lo anterior se enmarca en que hay un nuevo orden en el entorno laboral en cual las organizaciones que buscan ser sustentables con una visión de largo plazo deben insertarse.

Las consideraciones que lo evidencian son:

- El empleo como tema central en la sociedad, ya no sólo para generar ingresos
- El trabajo confiere estatus, consolida relaciones y contribuye a crear la identidad de las personas
- En un futuro cuenta la flexibilidad de las personas, el empleo, más allá de la seguridad y una carrera profesional lineal y ascendente.
- Las personas buscan tener mayor autonomía y estar mejor 'equipadas': fortalecer más sus meta-habilidades para comenzar una vida laboral más autodirigida que las generaciones anteriores, independientemente de su cualificación profesional.

- Son personas que querrán conocer todas las ventajas y los inconvenientes de ser contratados por una organización: los objetivos e implicación social se han convertido en parámetros para tener en cuenta por las empresas.

El sentido estratégico de la gestión de la conciliación en una organización

- ✓ La conciliación genera un beneficio personal, familiar empresarial y social porque significa un equilibrio entre los entornos o contextos en los que se desempeña el ser humano.
- ✓ El trabajo como fuente de socialización y remuneración y la familia núcleo base para el desarrollo de una sociedad, como institución social. La familia tiene responsabilidades relacionadas con la salud, la alimentación y la educación de sus integrantes.
- ✓ Pero para que esto se haga realidad, cada persona que conforma ese núcleo debe contar con los recursos que le permitan atender esas necesidades económicas, fisiológicas y sociales y eso le brinda el trabajo, entendido éste desde el punto de vista económico como el factor de la producción y fuente de progreso y riqueza.
- ✓ Las organizaciones efr, socialmente responsables, trabajan en sus políticas de conciliación trabajo-familia, el beneficio desde lo individual para su equipo humano de trabajo, y desde lo organizacional, se plantea como estrategia de bienestar laboral y de eficacia empresarial. Así, efr es una excelente práctica laboral que apalanca mejores condiciones laborales.
- ✓ La OIT a través del Convenio 156 de 1981 invita a los países a que incluyan en sus objetivos de su política nacional permitir que todos los trabajadores con responsabilidades familiares (tanto hombres como mujeres) puedan desempeñar un empleo sin ser objeto de discriminación y en la medida de lo posible, sin conflicto entre sus responsabilidades familiares y profesionales.
- ✓ Y la recomendación 165 del mismo año, especifica medidas de apoyo para garantizar el acceso, permanencia y reintegro al trabajo de los trabajadores con responsabilidades familiares, entre las que se encuentran: mejoramiento de las condiciones de trabajo y la calidad de vida; reducción de la jornada de trabajo y flexibilización de horarios, servicios de infancia, permisos especiales.

Arquitectura normativa

- El modelo efr para la gestión de la conciliación lo integran nueve elementos (*requisitos normativos según anexos*) en las siguientes cuatro áreas de gestión que soportan la mejora continua del modelo para avanzar hacia la excelencia efr: i) planeación; ii) diseño y planificación; iii) medición y seguimiento y, iv) autoevaluación.
- El modelo 'dialoga' con todos los sistemas que existan en la organización como pueden ser Sistema de Gestión Calidad, Gestión de Riesgos, Sistema de Seguridad y Salud en el

trabajo, principalmente, con los programas de bienestar y con la estrategia de Gestión Humana.

Hay dos elementos iniciales del modelo a destacar por su relevancia como pilares del proceso inicial cuando una organización emprende el camino para llegar a ser una efr:

- El modelo efr para la gestión de la conciliación lo integran nueve elementos (*requisitos normativos según anexos*) en las siguientes cuatro áreas de gestión que soportan la mejora continua del modelo para avanzar hacia la excelencia efr: i) planeación; ii) diseño y planificación; iii) medición y seguimiento y, iv) autoevaluación.
- El modelo 'dialoga' con todos los sistemas que existan en la organización como pueden ser Sistema de Gestión Calidad, gestión de riesgos, Sistema de Seguridad y Salud en el trabajo, principalmente, con los programas de bienestar y con la estrategia de Gestión Humana.

Ámbitos organizacionales que impacta el Modelo efr

Cultura:

- Atributos efr (de la cultura del esfuerzo a la cultura de la productividad)
- Liderazgo efr para un estilo de dirección contemporáneo, cercano y flexible
- Indicadores de cumplimiento

Procesos:

- Fortalecimiento del proceso de Gestión Humana con los procedimientos del Modelo efr, apalancando construcción de capital humano.

Beneficios:

- Oferta de conciliación a la medida de las necesidades y expectativas del colectivo

Objetivos de la certificación en conciliación

- Dotar al modelo efr de la veracidad, transparencia y credibilidad deseada, siendo la organización que implanta el modelo, la que evidencia el esfuerzo en ello y el compromiso correspondiente.
- Apoyar el avance en la mejora continua a través del proceso de evaluación que se realiza y en particular a través de la puntuación que se estima y facilita a la entidad su progreso.

Mejora continua en el proceso de certificación

El Modelo efr es de mejora continua, por tanto, un modelo de futuro soportado con evidencias del presente. Existen mantenimientos y renovaciones de los certificados inicialmente concedidos, los cuáles, permitirán ver el grado de evolución de la Entidad, y en los que se puede proceder al mantenimiento de esta o bien e infortunadamente, en algunos casos a su retirada.

Ventajas de ser una efr

- Reputación externa e interna (calidad laboral, marca empleadora)
- Responsabilidad social desde lo dictado por la ISO 26000 (guía mundial de la responsabilidad social).
- Reconocimiento (incorporación de criterios de eficiencia, personalización, flexibilidad y enriquecimiento del mix de compensación. El salario emocional).
- Engagement/ compromiso. Está virando desde la seguridad hacia la flexibilidad
- La gestión del talento pone foco en el engagement: conocerlo, medirlo, evaluar sus palancas, en definitiva, gestionarlo.
- Diversity/diversidad. Conciliación pone el foco en la persona y su singularidad y no en el colectivo. Todos somos diferentes en relación con sexo, generación, cultura, nacionalidad, credo, responsabilidad familiar o aficiones, entre otros.

1. OBJETO Y CAMPO DE LA APLICACIÓN

La norma 1000-1 (edición 4) responde al objeto de ser un instrumento para la gestión del cambio de las organizaciones mediante el diagnóstico inicial, el diseño, la implantación, la evaluación y posterior certificación de modelo de gestión efr. Además, contribuye a que las organizaciones tengan la posibilidad de ajustarse de manera más rápida y eficaz a la nueva realidad socioeconómica, adaptando su cultura al nuevo escenario de la “agenda dual”: proporcionando un humanismo responsable y la competitividad empresarial.

La norma 1000-1 contiene requisitos generales en orden a establecer un método general de trabajo. De forma voluntaria no incluye técnicas o herramientas concretas, dado que a priori cualquiera de las herramientas de consultoría o formación podrían ser utilizadas para el avance y la mejora. No obstante, la Fundación Másfamilia realiza el seguimiento y control de la gestión de la consultoría formación y sensibilización como garante del rigor, fiabilidad y profesionalismo de este esquema.

Para obtener la certificación efr en conciliación la organización deberá demostrar mediante evidencias los requisitos cualitativos señalados en la norma 1000-1 (edición 4), así como puntos de calificación del sistema de puntos de calificación contenidos en el documento anexo de la norma (1000-3). Además de lo anterior la organización debe cumplir con los requisitos normativos contenidos en la legislación laboral vigente y vinculante y la de los convenios colectivos de aplicación, lo que pone de presente la alineación de la organización con

	MANUAL DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN INSTITUCIONAL - SIGI	Código: SC01-M01
		Versión: 21
		Página 123 de 140

planteamientos de responsabilidad social aceptados de manera voluntaria, más allá del estricto cumplimiento de la legalidad vigente.

2. NORMAS Y OTROS ELEMENTOS PARA CONSULTA

El listado de documentos normativos efr, normas, anexos, suplementos y guías puede consultarse actualizado en la página web de la Fundación Masfamilia: www.certificadoeffr.org

Para la correcta implantación de la norma, se señalan los siguientes anexos:

- Anexo normativo efr 1000-10 ed 4: Alcance, contenido y estructura de los INDICADORES de conciliación de la vida personal, familiar y laboral en el ámbito del diseño e implantación del Modelo efr.
- Anexo normativo efr 1000- 11 ed 4: Alcance, contenido y estructura de las MEDIDAS de conciliación de la vida personal, familiar y laboral en el ámbito del diseño de implantación del Modelo efr.
- Anexo normativo efr 1000-12 ed 4: Diagnóstico efr la voz del empleado, porcentaje de encuestas y entrevistas para la elaboración de un diagnóstico efr.
- Anexo normativo efr 1000-13 ed 4: Perfiles, competencias del responsable de la gestión efr (gerente/ manager) y del auditor interno en el ámbito del Modelo efr.
- Anexo normativo efr 1000-14 ed 4: Suspensión, retirada y cancelación de la certificación efr.

INTERRELACIÓN CON OTROS MODELOS DE GESTIÓN

- El modelo efr para la gestión de la conciliación lo integran nueve elementos (*requisitos normativos según anexos*) en las siguientes cuatro áreas de gestión que soportan la mejora continua del modelo para avanzar hacia la excelencia efr: i) planeación; ii) diseño y planificación; iii) medición y seguimiento y, iv) autoevaluación.
- El modelo 'dialoga' con todos los sistemas que existan en la organización como pueden ser Sistema de Gestión Calidad, Gestión de Riesgos, Sistema de Seguridad y Salud en el trabajo, principalmente, con los programas de bienestar y con la estrategia de Gestión Humana.

3. DESARROLLO DEL MODELO EFR

Introducción y premisas

Los cambios en la cultura de una organización son más complejos y profundos de todos cuando se pueden proponer. Por ello, en algunas ocasiones, para llegar a ser una organización efr será necesario un proceso de transformación basado en un cambio de paradigma, en el

que se requerirá una nueva cultura, un nuevo liderazgo en la dirección de personas y también nuevos métodos y/o herramientas de la gestión.

En nuestros días el elemento **conciliación** resulta estratégico para muchas compañías y organizaciones. Los aspectos estratégicos son gestionados de manera decidida y responsable dejando el menor espacio posible al azar y la improvisación. La conciliación entendida como grados de libertad para las organizaciones y las personas que en ellas trabajan, permite, además de mejorar resultados, desarrollar en las personas vidas más plenas, así como crecer en madurez, compromiso y responsabilidad como sucede en todos los procesos de aprendizaje y desarrollo de nuestra infancia. La conciliación genera resultados.

Un modo muy apropiado de enfrentar este verdadero desafío es a través de un proceso dinámico de gestión y de mejora continua, en el que a través de diferentes fases la organización va avanzando en este cambio cultural, razón por la cual es muy importante contar con instrumentos y herramientas, que faciliten el cambio y minimicen las resistencias esperadas, en todo proceso de estas características.

Todo ello sin desatender el objetivo básico de cualquier organización empresarial como es generar riqueza y valor duradero, para lo cual será preciso adoptar este Modelo efr de forma continuada a la realidad empresarial.

El Modelo efr que a continuación se desarrolla, ha sido concebido sobre la base de una serie de premisas, y criterios que jamás deberán olvidarse como son:

- **Profesionalidad.** Es un modelo ambicioso que persigue un cambio en la dirección y gestión de la organización, en lo relacionado con las personas, pero es concebido, teniendo en cuenta la realidad de las compañías y las respectivas limitaciones que presentan, razón por la cual debe aportar un valor duradero y ser admitido como tal por profesionales, analistas, consultores, inversores, etc.
- **Transparencia y credibilidad.** Debe tener resultados medibles y perceptibles por el empleado y la sociedad. Para ello es importante que cualquier avance sea consolidado y sea a su vez veraz y fiable.
- **Flexible y evolutivo.** En la mayoría de las empresas, es un modelo de éxito, donde un empresario, consigue evolucionar un negocio altamente competitivo y globalizado, el Modelo efr debe estar abierto a un aprendizaje y evolución continua sin perder por ello ni un ápice de su transparencia y credibilidad anteriormente mencionadas.

Se quiere hacer constar que la aplicación de este documento normativo y este modelo de gestión no añade derecho laboral en las organizaciones, desenvolviéndose en el ámbito de la voluntariedad, y la responsabilidad social de las organizaciones, fomentando el diálogo y el consenso entre las partes y con el más absoluto respeto a la legislación laboral, a la negociación colectiva y la representación sindical.

Liderazgo

Teniendo en cuenta el liderazgo establecido en los otros Sistemas de Gestión, una vez más se ve reflejada la importancia del compromiso de la alta dirección y su participación en estos procesos y en este caso, es importante y trascendente la figura ejemplarizante de los líderes en la organización, teniendo en cuenta que se tratan aspectos tan importantes como el respeto a la familia y otros valores fundamentales, como la igualdad de oportunidades o el derecho de una vida más plena.

Los líderes de este modelo son personas preparadas y cuentan con las competencias requeridas para asegurar la implementación de las respectivas medidas correctivas y/o preventivas que permitan minimizar el riesgo y eliminar las amenazas. El líder es propositivo y busca las herramientas necesarias para garantizar el éxito.

Si la entidad no cuenta con un liderazgo indicado, la gestión de la conciliación será abocada inexcusablemente al fracaso, independientemente de los recursos que se asignen. Por tanto, el líder es consciente de que sirve de espejo para una buena parte de la entidad por lo cual su actitud y comportamiento son básicos en el momento de evaluar su grado de compromiso.

En este caso se puede expresar que la SIC cuenta con un alto compromiso de parte de la alta dirección ya que desde el superintendente de Industria y Comercio, delegados y directivos se cuenta con un gran interés en la implementación de dicho Modelo junto con los responsables relacionados para su respectiva ejecución e implementación.

Compromiso de la Entidad

Por compromiso se entiende la plasmación física de la visión del líder o los líderes en relación con el desarrollo de la cultura efr, en el contexto de la organización.

De tal forma la SIC refrenda este compromiso con la comunicación suscrita para la Fundación Másfamilia. Asimismo, el Comité de Dirección es otro espacio en el que la alta dirección hace manifiesto su compromiso por hacer parte de la gestión que el conjunto de la organización adelantará en favor del avance del Modelo efr en consonancia con los beneficios que ello representa tanto para el bienestar del equipo humano de trabajo, como para la productividad de la Entidad.

No deja de mencionarse el encaje que con la gestión comprometida de la alta y media dirección de la institución se logra entre la norma 1000-1 y el Sistema Integrado de Gestión Institucional (SIGI) en los diferentes elementos funcionales del sexto sistema de gestión de la Entidad, como es el Modelo efr.

Las anteriores acciones responden a lo que se establece como las posibilidades habilitadas por la norma 1000-1 para establecer tal compromiso institucional con el ámbito de la gestión de la conciliación.

Designación del responsable

Como consecuencia inmediata y necesaria del compromiso anteriormente definido, es imprescindible (si no existe ya la designación) que la organización asigne a un responsable interno, del proyecto efr. Es decir, a una persona encargada de liderar, organizar y ejercer la interlocución principal. En todo caso, sea o no la persona inicialmente designada, es primordial contar con la presencia activa del director/a de recursos humanos o del responsable de las políticas de personas en la organización, pues resulta crucial conocer a fondo la realidad diaria de la entidad, su clima organizacional y compromisos, sus prácticas y a sus empleados, para así obtener de este proceso los beneficios esperados.

Pudiera también suceder que la persona inicialmente designada para el lanzamiento inicial del proyecto, fuera posteriormente reemplazada, una vez que por ejemplo la iniciativa efr, haya tomado suficiente fuerza e inercia.

La SIC ha dispuesto la cualificación y certificación efr que dicta y otorga la Fundación Másfamilia no sólo para la servidora que realiza las funciones de mánager efr tal como está establecido en la norma 1000-1, sino también para quien se ocupa de la dirección de la gestión humana de la Entidad, y que además de ser la secretaria general es la directora de la gestión efr.

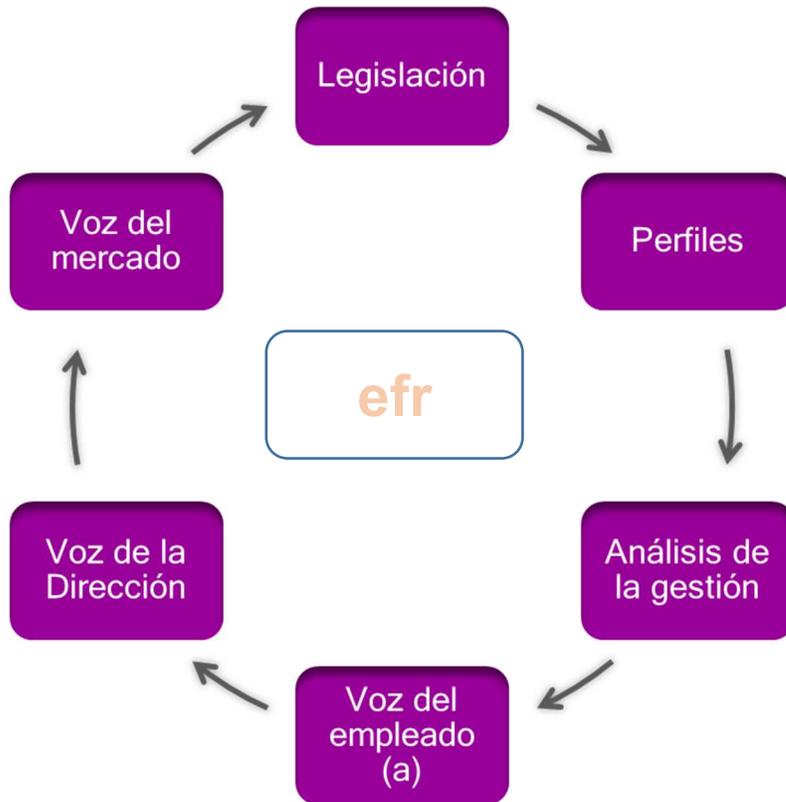
Diagnóstico

¿En la entidad existe un equilibrio entre la vida personal y laboral del equipo humano de trabajo? ¿Éste es un elemento integrante de su cultura? ¿Se ha incorporado dentro de la estrategia y se ha promovido con eficacia por la dirección de la organización?

Es una ‘fotografía’ en la que se ve el estado actual de la entidad, identificando, analizando y evaluando sus puntos fuertes y débiles, así como sus oportunidades y amenazas en el ámbito efr.

Se procede con la identificación de elementos culturales, organizativos y operativos que actúan o pueden actuar como facilitadores y frenos en la implantación del modelo. Es durante el diagnóstico cuando es preciso identificarlos para mantenerlos y potenciarlos (facilitadores) o trabajar para su atenuación y eliminación (frenos).

Se tienen seis elementos de análisis y gestión para lograr el diagnóstico de la organización en el ámbito efr, como el punto de partida de la implantación de los elementos del modelo, según las fases que se describen enseguida.



Legislación: revisión del cumplimiento de la organización en materia laboral

Perfiles: revisión de los puestos de trabajo susceptibles de medidas efr

Análisis de la gestión: revisión de la actual realidad organizacional en el marco del modelo para definición de brechas y acciones de cierre de las mismas, en lo cual la voz del empleado (a), la voz de la dirección y la oferta de conciliación cobran total relevancia.

Voz del empleado (a): consulta de sus expectativas y necesidades frente al ámbito de la conciliación de la vida personal, familiar y laboral, y de la oferta de conciliación (actuales planes y programas de bienestar).

Voz de la dirección: consulta de sus expectativas, necesidades y lineamientos organizacionales en el ámbito de la conciliación y la gestión del modelo efr.

Voz del mercado: exploración de organizaciones similares para determinar las mejores prácticas en el ámbito de la conciliación y de condiciones laborales.

De esta forma, el diagnóstico **efr**, constituye una herramienta de gestión de gran utilidad para la empresa, ya que:

- Facilita un esquema de evaluación y medición, que, en el contexto del proceso de certificación, permite determinar el nivel de riesgo, identificando las amenazas y oportunidades existentes.
- Ayuda al proceso de planificación estratégica (misión, objetivos, planes de acción)
- Sirve como enlace entre los objetivos a alcanzar y la forma de ponerlos en práctica, dándoles coherencia.
- Evidencia las áreas y el potencial de mejora, lo que permitirá priorizar acciones correctivas, de acuerdo con los objetivos señalados.
- Proporciona una evaluación del progreso frente a un conjunto de parámetros objetivos
- Ayuda a mejorar conocimiento de la empresa y su entorno
- Refuerza el carácter preventivo en relación con los riesgos psicosociales

A efectos del Modelo efr, y de esta norma en particular, cualquier método que permita a una organización definir con precisión su posicionamiento, identificando sus puntos débiles y fuertes, sus oportunidades y amenazas para el posterior diseño, del Modelo efr será considerado válido, siempre y cuando exista un informe o documento que permita evidenciar a las entidades de certificación tanto los resultados obtenidos como la metodología seguida.

El diagnóstico efr inicial de la Entidad es el documento del cual se ha derivado la orientación del desarrollo del modelo efr en su primera etapa. La custodia del diagnóstico está en la mánager efr. Si la entidad en algún momento tuviera un crecimiento en su planta de personal que afectara la muestra poblacional que fue consultada para el diagnóstico, este deberá ser actualizado, en particular en lo que refiere la consulta de las voces -la del colaborador y la de la Dirección-.

Alcance

La entidad deberá definir el alcance del Modelo efr y dejar constancia y evidencia de ello. En el alcance deberán especificarse las áreas organizativas implicadas (operativas, funcionales y jerárquicas, entre otras). Y que quedan dentro de esta primera certificación, así como, la planificación en el tiempo para extenderla, al resto de la organización si fuera menester en el tiempo.

Esto adquiere especial relevancia cuando se trata de la certificación inicial del Modelo. Puede ser razonable que a la vista de los resultados del diagnóstico y de otros factores como la dedicación y otros recursos necesarios, una organización decida acotar el alcance, sobre el inicialmente previsto. A este respecto, la casuística puede resultar muy compleja atendiendo por ejemplo a limitaciones espaciales o funcionales entre otras.

El Modelo efr y su certificación ha sido concebido para ser diseñado y aplicado en organizaciones completas y no en partes de la misma. La marca con la que opera la organización será la referencia principal del certificado y no su NIT o Razón Social. De esta forma, si bien se entiende perfectamente que un proceso de gestión de estas características requiere de un plazo y quizás, de una planificación por fases, para proceder a certificaciones parciales, deberá existir un firme compromiso por parte de la entidad, y sus representantes de ampliar y extender el modelo al resto de la entidad bajo una misma marca en un plazo razonable que a priori se entiende como un ciclo de certificación (3 años). El cronograma que se establezca al efecto se constituirá en un requisito del modelo y será auditado consecuentemente para lo cual deberá estar suscrito y aprobado por la dirección.

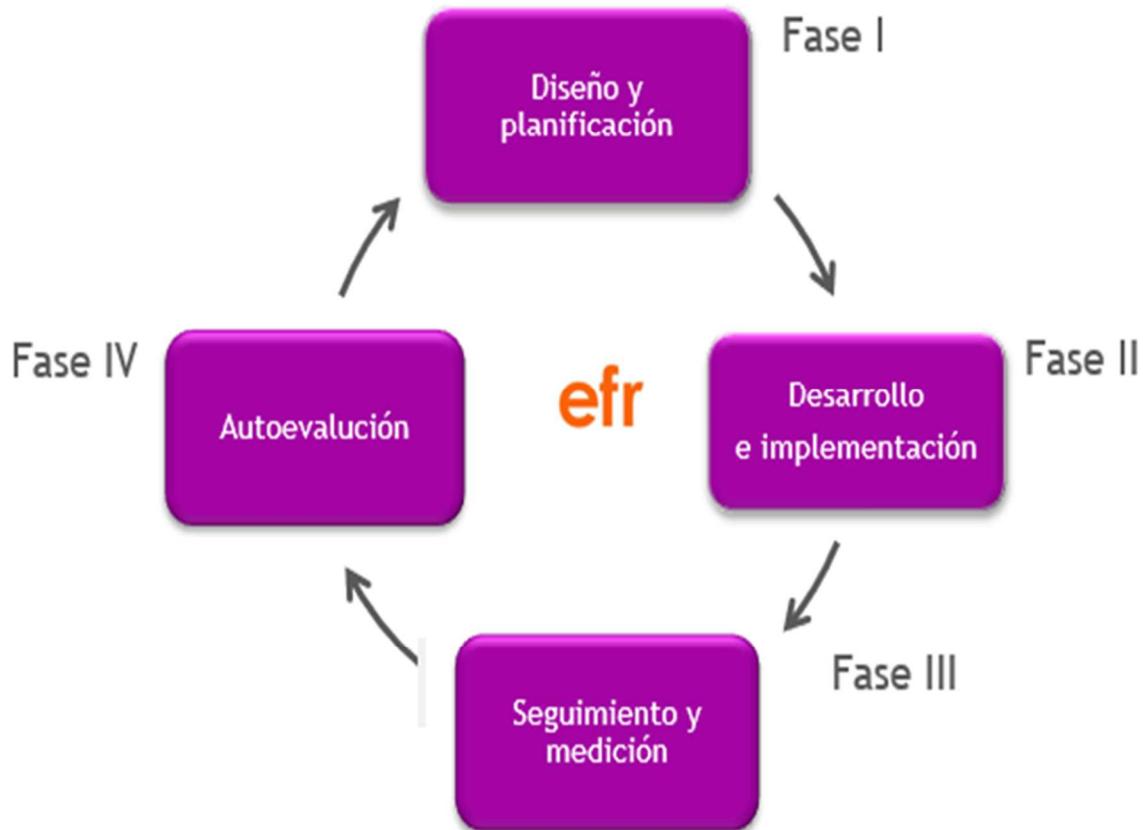
El requisito anterior de extender la certificación a toda la entidad, no se aplicará cuando el concepto "entidad" se extienda a empresas que estando dentro de un mismo grupo o *holding* accionarial tengan marcas distintas y gestiones independizadas. Un caso típico de esta situación serían las empresas controladas por un Fondo de Capital-Riesgo o de inversión, o un holding empresarial que no cuente con políticas y prácticas corporativas y comunes en materia de personas.

Acá es pertinente acotar que el alcance del Modelo efr es a toda la planta de personal

4. EL CICLO DE MEJORA CONTINUA (PHVA) EN EL MODELO EFR

A continuación, se observa de forma esquemática los principales elementos del ciclo PHVA para grandes y medianas organizaciones.

COPIA



FASE I

Definición de orientación estratégica (pensamiento estratégico efr).

Definición de medidas efr

Definición de objetivos de mejora

Establecimiento de los diferentes soportes, así:

- Organizativos
- Procesos efr
- Indicadores efr
- Registros y evidencias efr

FASE II

Definición y ejecución de la estrategia de comunicación y fortalecimiento del proceso de comunicación en el ámbito efr.

Realización de plan de formación y tácticas de sensibilización

FASE III

Definición de procedimientos de seguimiento y medición de resultados para avance del modelo (indicadores).

Proceso de auditoría interna (previa a la auditoría externa)

FASE IV

Definición de proceso de autoevaluación de la gestión efr y del liderazgo como palanca de la misma

El anterior esquema conceptual, corresponde al proceso habitual de gestión en la empresa basado en el Circulo Deming de la mejora continua (PHVA) adaptado a las necesidades concretas de un proceso de estas características.

A continuación, se identifican los requisitos considerados clave de los distintos elementos

4.1. Diseño y Planificación

Elemento 1. Definición y Orientación Estratégica

El concepto conciliación, es ampliamente transversal en las organizaciones, actuando como causa de numerosos efectos o impactos. La conciliación es un medio, pero no un fin y es una condición necesaria, pero no suficiente para mejorar los resultados empresariales, la calidad de vida de las personas o la sociedad donde operamos.

Como se mencionaba anteriormente existen algunos impactos que genera la conciliación, los cuales pueden ser en los ámbitos interno o externo los cuales todos están enfocados a la mejora de los diferentes procesos que se manejen y en especial un mayor compromiso y grado de satisfacción de los trabajadores, entre otras.

Es claro que actualmente existen muchas empresas para las cuales este modelo no es viable o aplicable y en cambio algunas entidades que buscan mejorar al interior de su gestión y que los trabajadores encuentren una manera más amigable de comprometerse con su trabajo y lograr un mayor grado de satisfacción personal, han buscado la forma de iniciar el proceso de implementación del Modelo efr, como es el caso de la Superintendencia de Industria y Comercio, evidenciándose un gran compromiso e interés desde la alta dirección.

Finalmente, todos los procesos necesitan determinar si su gestión es positiva o negativa y los cambios que realmente le han generado a la entidad, es importante definir los respectivos indicadores a los cuales se les realizará seguimiento anual y adicionalmente con el fin de ser coherentes con el proceso de mejora continua, se verá la necesidad de acogernos a los ciclos que normalmente maneja un Sistema de Gestión que son 3 años. Es importante mencionar que inicialmente se trabajará con 13 indicadores y una vez se determine el avance del proceso y su adecuada implementación se establecerán nuevas metas y se ampliarán los indicadores de acuerdo con lo definido en la norma.

Tanto la definición en sí como la orientación estratégica deberá ser pública y comunicada proactivamente al Comité de Dirección, Dirección de personas o RRHH y en particular, al Responsable **efr** de la entidad.

Elemento 2. Medidas **efr**

Las medidas **efr** son el grupo de acciones o programas que la entidad define con el objetivo de hacer más compatible y equilibrada la vida personal y familiar con la laboral y profesional en el marco de la sostenibilidad y competitividad necesaria.

Estas medidas se definen en cinco frentes principales y se articulan con un sexto frente que es Liderazgo y Estilo Dirección, así:

1. Calidad en el empleo: medidas dirigidas a mejorar la calidad laboral y estabilidad del empleado en un cargo.
2. Flexibilidad temporal y espacial: medidas encaminadas a flexibilizar las condiciones de tiempo y espacio.
3. Apoyo a la familia de los empleados: medidas diseñadas para apoyar el equilibrio familia-trabajo
4. Desarrollo personal y profesional: medidas conducentes al desarrollo de carreras profesionales respetuosas con la vida personal de los empleados (maternidad, paternidad, voluntariado corporativo).
5. Igualdad de oportunidades: medidas diseñadas para favorecer la integración y el desarrollo en igualdad de oportunidades de colectivos que pueden encontrarse en situaciones desventajosas tanto sociales como de empleo: nacionalidad, raza, creencias, sexo y/o género o edad, entre otros.

Finalmente, el estilo de Liderazgo y Dirección es el elemento más importante dentro de las medidas anteriormente mencionadas por cuanto tiene la capacidad de potencializar el Modelo **efr** o frenar por completo su implementación.

Aun cuando no existe una definición particular para un estilo de dirección y liderazgo **efr**, sin duda uno de los elementos clave a incorporar en la cultura de dirección debe ser la gestión por objetivos o resultados. Por el contrario, basarse en la presencia física en el puesto de trabajo

y cumplimiento de horario, chocaría frontalmente con una gestión del talento que busca un mejor balance entre lo laboral y lo personal. Como consecuencia, para que una empresa obtenga niveles A, A+, según documento normativo 1000-3 efr, deberá necesariamente haber incorporado un proceso de dirección por objetivos y orientado a resultados.

La empresa deberá implementar las acciones necesarias para moldear el estilo de dirección paulatinamente de manera que se implementen progresiva y decididamente valores como el equilibrio, la transparencia, la participación, la autonomía, la planificación y asignación de objetivos, el *feedback* continuo, la inteligencia emocional, etc.

La empresa también deberá actuar de forma contundente frente a la prevención y erradicación de riesgos psicosociales como el *mobbing*, el estrés y el *burnout*, así como la discriminación laboral por razones de sexo, credo, nacionalidad, género, etc. En este apartado, dada la complejidad de la recolección de pruebas y hallazgos, se valorará significativamente para la implementación del modelo efr y la posterior gestión de la mejora continua de acuerdo con el documento normativo efr 1000-3, la elaboración de documentos tipo: valores corporativos, códigos de conducta directiva, códigos éticos y de buen gobierno y protocolos preventivos.

Por otra parte, se debe señalar de forma concreta que no se han incluido en las medidas efr las relacionadas con la seguridad y salud de los trabajadores o con la prevención de riesgos laborales a excepción de las relacionadas con los riesgos psicosociales; por considerarse ya cubiertos por los aspectos legales y de responsabilidad básica empresarial.

A priori no se establece un determinado número de medidas efr. La diversidad cualitativa, la creatividad y la innovación serán exigidos confirme el modelo y el proceso avancen.

A efectos de este modelo se valorará especialmente en vínculo existente entre los distintos elementos del Modelo efr (misión, visión, diagnóstico, objetivos estratégicos, códigos de conducta directiva, medidas de percepción) de forma que se aporte la máxima coherencia a la gestión.

No obstante, lo anterior se considera que una organización deberá atender y completar todos los grupos de medidas efr, siempre dentro del primer ciclo de certificación (tres años).

También podrá darse que una organización en el ejercicio del compromiso con la implementación del modelo efr decida implementar algunas medidas adicionales a las establecidas en el presente documento, lo cual se considerará razonable más que entrar en la discusión de si es o no efectivamente una medida efr.

Más allá de la definición de las medidas efr, se exigirá el soporte documental de la implementación de las mismas en la organización.

En el caso en el que algunas medidas efr esté influyendo de manera negativa frente a los objetivos del negocio, y este hecho pueda ser verificado a través de indicadores que demuestren la causa-efecto, se podrá proceder a su ajuste e incluso eliminación

Elemento 3. Objetivos de mejora

Sobre la base del compromiso de Mejora Continua del Modelo efr, cada organización deberá definir, documentar y analizar sus objetivos efr.

Los objetivos de mejora deben partir de los resultados del diagnóstico para la certificación inicial, estos deben ser exigentes, pero realistas, cuantificables para poder saber el grado de avance y la consecución final del objetivo.

Cada objetivo debe llevar asociado un programa, donde se indiquen los plazos de ejecución, responsabilidades y funciones, inversión estimada, dedicaciones internas y externas y los parámetros de medida para su respectivo seguimiento.

Los objetivos establecidos serán medidos anualmente y su enfoque está relacionado con la mejora continua, teniendo en cuenta que cada organización tiene la libertad de definirlos, respetando las posibilidades de la misma para su adecuado cumplimiento.

La definición de objetivos de mejora debe ser accesible y disponible para cualquier empleado que desee conocerlos y consultarlos. Es importante tener en cuenta que las organizaciones que desean ser tipo A, estos objetivos deben identificar públicamente el estado de revisión y aprobación y cuando proceda, el grado de consecución alcanzado con periodicidad anual como mínimo.

Los objetivos de mejora establecidos en la SIC se derivan de las oportunidades de mejora identificadas en el diagnóstico efr inicial. Tales objetivos deben ser gestionados en cada ciclo de recertificación (tres años). No debe descuidarse que, si la Entidad desde el área de Gestión Humana tiene otros objetivos, pueden también hacer parte del conjunto de objetivos a trabajar, siempre y cuando no vayan en contravía de lo que busca el modelo efr, como es el bienestar del equipo de funcionarios y el de sus familias.

Elemento 4 (a). Soportes

La Entidad debe definir los elementos organizativos sobre los que soportará el diseño, gestión y mejora continua del Modelo efr.

Los elementos claves que se definieron en la Superintendencia de Industria y Comercio para soportar el modelo organizativo son:

1. Designación del responsable de la gestión

Es la persona encargada de gestionar la comunicación interna tanto como externa y realizar la respectiva canalización de las quejas, sugerencias o reclamos que se presenten y que se mencionaban sus principales funciones en el numeral 3.4 Designación del Responsable. Su denominación es mánager/gerente.

Podrá ser un director, un mando intermedio o alguien con facilidad y experiencia de interacción en/con la entidad.

Su designación o nombramiento debe ser documentado y realizado por el Comité de Dirección o por el responsable de la Dirección del Modelo efr.

Para determinar la competencia, es importante seguir con los lineamientos establecidos en el anexo 1000-13 Perfil Competencial de Responsable de la Gestión efr y del auditor interno efr.

Es importante tener en cuenta en el momento de definir el responsable que sea una persona vinculada directamente a la entidad ya que sus funciones no deben ser realizadas por un externo de la entidad, debe ser un funcionario contratado directamente.

2. Designación de un responsable de la Dirección

Este puede coincidir con el Responsable de la Gestión, no necesariamente deben ser personas diferentes, pero eso lo definen las entidades, lo importante es saber las responsabilidades corporativas en materia de conciliación de la vida familiar y laboral.

Este responsable es el encargo de asumir los resultados de las auditorías internas y externas y la autoevaluación.

De igual manera las funciones de esta persona responsable no pueden ser realizadas por un externo de la entidad, debe ser un funcionario contratado directamente.

3. Designación de funciones y responsabilidades clave en materia efr. Es importante definir claramente las funciones y responsabilidades específicas del Modelo efr, las cuales pueden estar relacionadas con lo establecido en los dos párrafos anteriores.

Cómo, por ejemplo, las funciones de la instancia que va a apoyar la gestión transversal de la conciliación según el modelo de gestión efr, con el involucramiento e implicación activa de los funcionarios para el desarrollo del Modelo efr y sus resultados.

Sea cual sea la forma que se elija en la organización, se tendrá en cuenta a los representantes legales de los trabajadores, así como si existiera, el ámbito de representación sindical dentro de la propia organización, manteniéndolos informados acerca del desarrollo y avance del modelo. Toda organización efr deberá reportar y hacer valer las leyes vigentes y vinculantes de cada país en relación con el ejercicio sindical y la convención colectiva.

Elemento 4 (b). Procesos

Los procesos básicos del Modelo efr que debe ser planificados, diseñados y documentados para la entidad son:

1. Identificación, análisis y evaluación de necesidades en materia efr de la organización. Debe concebirse y diseñarse para que todas las personas puedan hacer llegar periódicamente sus necesidades. En este apartado se debe asegurar

un adecuado manejo de la confidencialidad ya que no se pueden manejar represalias y la comunicación y participación de los trabajadores debe ser transparente, abierta y con las garantías correspondientes para no perjudicar su ambiente laboral posteriormente.

2. Comunicación interna
3. Actividades de seguimiento y medición
4. Auditoría interna
5. Protocolo antiacoso psicológico o *antimobbing*
6. Extensión de la cultura efr en la cadena de valor

La Entidad tras su primer ciclo de recertificación deberá tener en cuenta a sus proveedores, contratistas y subcontratistas, es decir, a las partes interesadas que conformen su cadena de valor para hacer extensiva su cultura efr, teniendo en cuenta sus posibilidades y las capacidades. Es claro que no se busca extrapolar las medidas propias de la Superintendencia de Industria y Comercio, pero es importante tener en cuenta este aspecto en el momento que se busque como objetivo institucional alcanzar el nivel de excelencia, ya que estos criterios tendrán que definirse en el momento que aplique en los procedimientos correspondientes y que tengan relación con el manejo de proveedores y contratistas en especial.

Asimismo, existen otros documentos a tener en cuenta, partiendo de lo definido en la norma efr 1000-1 ed. 4. Tales como los siguientes:

1. Comunicación con el resto de partes interesadas o *stakeholders*
2. Establecimiento y revisión de medidas efr
3. Autoevaluación en el modelo efr
4. No conformidades, acciones correctivas y preventivas
5. Acceso, identificación y mantenimiento de los requisitos legales asociados
6. Formación y sensibilización
7. Gestión del compromiso
8. Gestión de la satisfacción de los colaboradores o del clima organizacional

Elemento 4 (c). Indicadores

Todo Sistema de Gestión en la Entidad y este no es la excepción, se soporta sobre la base de obtención de resultados observables y medibles que permitan avanzar en la mejora continua.

Las características de los indicadores son las siguientes:

- Progresividad: A mayor madurez del sistema, se propone mayor número de indicadores los cuales se dificultan con el tiempo, ya que se deben ir incorporando nuevos indicadores, con sus respectivos metas y objetivos.
- Coherencia: Para lograr evidenciar avances en las distintas partes del modelo, es necesario medir el qué, el cómo, el cuánto. (cuanto concilió, cuánto logró)
- Enfoque a resultados: Es muy importante y de gran significancia para en Sistema de Gestión mostrar resultados. Resultados sobre le propia conciliación, sobre las personas y sus familias, sobre la empresa o la organización y por último sobre la sociedad.

En este caso y teniendo en cuenta lo citado en el anexo 1000-10 ed. 4 que establece el indicador, su definición, propósito, métrica y observaciones, la Superintendencia de Industria y Comercio tiene en cuenta en esta primera etapa del proceso los primeros 13 indicadores contenidos los cuales corresponden a:

1. Oferta de conciliación
2. Estabilidad laboral
3. Flexibilidad
4. Flexibilidad espacial
5. Respeto a la maternidad
6. Presencia femenina
7. Igualdad en el acceso al empleo
- 3.i. Flexibilidad temporal desagregada
- 4.i. Flexibilidad espacial desagregada
8. Comunicación interna
9. Utilización
10. Flexi-seguridad
11. Desarrollo profesional
12. Formación
13. Satisfacción

La administración de la matriz de indicadores de la SIC está bajo la responsabilidad de la Coordinación de Desarrollo del Talento Humano, pero es del conocimiento público de la Entidad.

Elemento 4 (d). Registros y evidencias

En todo Modelo de Gestión los registros y las respectivas evidencias son la prueba que permite evidenciar en el momento de una auditoría el adecuado manejo y control de las medidas implementadas y su respectivo seguimiento e implementación de planes de acción cuando corresponda.

Tales documentos se deben mantener actualizados con el objetivo de demostrar el adecuado funcionamiento del Modelo efr, para presentarse de forma adecuada en el momento de una auditoría interna, autoevaluación y auditoría externa de certificación.

En este Modelo se considera un registro o evidencia cualquier hallazgo generado por la propia entidad como consecuencia de la aplicación del modelo y que sea relevante. Al igual que en los otros Sistemas de Gestión los registros y evidencias deben cumplir con los requisitos específicos los cuales en el Sistema de Gestión de Calidad se encuentran definidos.

Desarrollo e implantación

Cómo es claro, todo Sistema de Gestión requiere una adecuada planificación y estructura de los programas, procedimientos, objetivos, metas e indicadores y demás requisitos que apliquen para asegurar el adecuado cumplimiento de lo establecido por la norma y así poder garantizar una correcta gestión. No necesariamente se garantizan los mejores resultados, pero sí se garantiza el cumplimiento de la norma y facilita realizar una implementación que cumpla con los estándares definidos y esperados por la entidad.

Elemento 5. Comunicación interna

La comunicación interna es la principal herramienta para la implantación del Modelo efr

Toda organización empresarial por hecho de serlo ha desarrollado sus propias herramientas de comunicación interna. Normalmente se habla de tres tipos de comunicación interna: Ascendente, descendente, horizontal o interdepartamental. Es importante tener en cuenta que las organizaciones determinan siempre su método dependiendo del tipo de labor que se desempeñe y se basa en la experiencia y conocimiento que se tenga en este aspecto.

Es importante tener en cuenta los siguientes requisitos:

- La comunicación periódica y regular a toda la organización incluida en el alcance de la certificación, de las medidas efr que sean aplicables, de los objetivos, de los principales resultados y logros alcanzados o no con base en los resultados de los indicadores efr y las principales funciones y responsabilidades en efr. Es importante medir la eficacia de estos procesos de comunicación.
- La divulgación a los empleados de una canal de comunicación confidencial con la Fundación Másfamilia al respecto del Modelo efr siempre preservando el secreto profesional de la organización y la legislación vigente al respecto. Las comunicaciones que se establezcan por este canal deben contar con las siguientes características:

- Ser relevantes en materia efr
- Responder a afecciones o problemas de ámbito colectivo y no estrictamente personales
- Haber sido previamente dirigidas a la propia organización a través del procedimiento organizativo y reglamentario establecido y no haber obtenido respuesta en un plazo razonable.

De tal manera la SIC ha establecido dos canales de comunicación: el interno, efr@sic.gov.co por el que cualquier servidor de la Entidad puede exponer sus inquietudes en el ámbito efr con la garantía para el servidor del manejo de la confidencialidad de la información y a efectos de la mejora continua del Modelo efr; y el canal externo con la Fundación Másfamilia, www.masfamilia.org/canal previo cumplimiento de los requisitos arriba indicados.

Elemento 6. Formación y sensibilización

Para la obtención de la primera certificación, no es un requisito indispensable, pero es importante tener claro que para obtener o realizar el mantenimiento de la misma para a ser un requisito indispensable y uno de los pilares fundamentales para cimentar la mejora continua.

La SIC ha buscado certificar en la norma 1000- 1 a los servidores que se relacionan con el buen avance del mismo; de tal forma, además de la directora de la gestión efr y de la mánager efr se han formado personal de la Oficina Asesora de Planeación, de Control Interno (auditor interno) y de la Coordinación del Grupo de Desarrollo del Talento Humano.

Seguimiento y Medición de Resultados

Elemento 7. Seguimiento y Medición

El Modelo efr es un proceso de gestión orientado a la obtención de resultados en medio y largo plazo y todos sus elementos deben estar dirigidos a la propia obtención de resultados otorgándole así una gran importancia a la metodología para realizar seguimiento y medición de resultados y considera que, en muchas ocasiones se tornará como uno de los elementos críticos tanto en el diseño inicial, como en las medidas de implantación, seguimiento y medición.

Elemento 8. Auditoría

Para realizar la auditoria al Modelo efr, se sigue lo dispuesto en capítulo II del presente Manual. La Superintendencia de Industria y Comercio, ha establecido que, para determinar la eficacia de este Modelo, se efectúen auditorías al Sistema, para lo cual cuenta con un procedimiento documentado denominado auditorías sistema integral de gestión institucional CI02-P02.

Elemento 9. La autoevaluación

Es fundamental realizar el proceso de autoevaluación cuyas evidencias deben permitir la realización de la auditoría externa. Este proceso debe ser aprobado por el Responsable de la Dirección del Modelo efr o por el Comité de Dirección o por la máxima representación jerárquica de la entidad, asegurando mayores factores de éxito de la implementación de este proceso.

En el primer ciclo las autoevaluaciones se realizarán una vez al año y no se aceptarán posteriormente a la certificación inicial, autoevaluaciones con periodos superiores a 36 meses.

Para efectos del Modelo efr se ha hecho encaje con el procedimiento de revisión por la Dirección establecido en el procedimiento CI02-P01 del Sistema de Gestión Calidad. Para ganar precisión en tan importante procedimiento se indican los elementos que deben tomarse en cuenta a efectos de esta autoevaluación:

Finalización ciclo PHVA

El ciclo PHVA de mejora continua del Modelo efr, finaliza en el momento de demostrar la implementación de los aspectos relacionados entre los ítems 3.1 al 3.7.4.

En relación con la duración de cada ciclo PHVA, cada organización deberá fijar sus prioridades. Además, parece razonable que en un inicio la duración sea menor que cuando el proceso esté perfectamente implementado.

5. ANEXOS:

Anexo 1- Matriz de requisitos legales de Seguridad y salud en el trabajo-SC04-F13

Anexo 2- Organigrama.

Anexo 3 - Política del SIGI.

Anexo 4 - Alcance del laboratorio

Anexo 5- Representación esquemática del laboratorio de calibración