EMPRESA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P.

RESOLUCIÓN RVP 046 DE 2020

"POR LA CUAL SE INTEGRA Y SE ESTABLECE EL REGLAMENTO DE FUNCIONAMIENTO DEL COMITÉ INSTITUCIONAL DE COORDINACIÓN DE CONTROL INTERNO DE LA EMPRESA DE SERVICIOS PÚBLICOS RED VITAL PAIPA S.A E.S.P."

EL GERENTE DE RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P.

En uso de las facultades Constitucionales y legales especialmente las conferidas en el artículo 315 de la Constitución Política de Colombia, Ley 872 de 2003 y Ley 87 de 1993, Decreto 1083 de 2015, Decreto 648 de 2017, Decreto 1499 de 2017 y demás normas concordantes, y en especial las conferidas en el capítulo VIII artículo 50 del Acuerdo 002 del 26 de diciembre de 2008 de la Junta Directiva de la Empresa de Servicios Públicos Red Vital Paipa S.A. E.S.P.

CONSIDERANDO

Que el artículo 13 de la Ley 87 de 1993 establece que los organismos y entidades del Estado, en sus diferentes órdenes y niveles, deben establecer un Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno, de acuerdo con la naturaleza de las funciones propias de la organización.

Que en concordancia con lo anterior, el artículo 2.2.21.1.5 del Decreto 1083 de 2015 dispone que las entidades y organismos del Estado están obligadas a establecer un Comité Institucional de Coordinación de Control Interno como órgano asesor e instancia decisoria en los asuntos de control interno.

Que el artículo 2.2.23.1 de la misma norma señala que el Sistema de Control Interno se articulará al Sistema de Gestión en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, a través de los mecanismos de control y verificación que permiten el cumplimiento de los objetivos y el logro de resultados de las entidades. El Control Interno es transversal a la gestión y desempeño de las entidades y se implementa a través del Modelo Estándar de Control Interno – MECI.

Que el Decreto 648 de 2017 por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamentario Único del Sector de la Función Pública, en su artículo 2.2.21.1.5 Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, menciona que las entidades que hacen parte del ámbito de aplicación de la Ley 87 de 1993, deberán establecer un Comité Institucional de Coordinación de Control Interno como órgano asesor e instancia decisoria en los asuntos del control interno y posteriormente en su artículo 2.2.21.1.6 establece las funciones de dicho comité.

Que el gobierno nacional a través del Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP, expide el Decreto 943 de 2014 por el cual se actualiza el Modelo Estándar de Control interno MECI.

Que mediante Acuerdo No. 004 de 27 de octubre de 2017 por medio del cual se ajusta la estructura orgánica de Red Vital Paipa S.A. E.S.P., se definen el cargo de Asesor de Control

interno dentro de la planta de la Empresa Red Vital S.A E.S.P., se definen funciones a sus dependencias y se dictan otras disposiciones.

Que mediante Resolución RVP 163 de 2019 por el cual se ajusta el Manual Específico de Funciones y Competencias Laborales de los empleos que conforman la planta de empleos fijos de la empresa Red Vital Paipa S.A. E.S.P., adicionando el empleo de Asesor de Control Interno.

Que según Acuerdo No. 002 de 2008 Por medio del cual se adoptan los Estatutos de la empresa Red Vital Paipa S.A. E.S.P. en el Artículo 78: Control Interno: El Control Interno de la empresa Red Vital Paipa S.A. E.S.P., será ejercido por la oficina de Control Interno del Municipio.

Que en cumplimiento de las disposiciones legales enunciadas, es necesario integrar y establecer el reglamento del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.

En virtud de lo expuesto,

RESUELVE

ARTICULO 1: NATURALEZA DEL COMITÉ INSTITUCIONAL DE COORDINACIÓN DE CONTROL INTERNO. El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno es un órgano de asesoría y decisión en los asuntos de control interno de la Empresa Red Vital Paipa S.A E.S.P. En su rol de responsable y facilitador, hace parte de las instancias de articulación para el funcionamiento armónico del Sistema de Control Interno.

ARTICULO 2: INTEGRACIÓN DEL COMITÉ INSTITUCIONAL DE COORDINACIÓN DE CONTROL INTERNO. El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno está integrado por:

- Gerente General (Quien presidirá)
- Jefe de Oficina de Control Interno del Municipio (Mientras se provee el cargo de la empresa)
- Subgerente General, Administrativo, Financiero y Comercial
- Subgerente Operativo
- Profesional de Calidad
- Asesor(a) Jurídico
- Asesor Contractual
- Profesional Acueducto y Alcantarillado
- Profesional de Acueducto laboratorio
- Profesional de Aseo
- Profesional de Aprovechamiento

PARAGRAFO 1. El comité podrá invitar a sus reuniones con carácter permanente u ocasional a los servidores públicos que, por condición jerárquica, funcional o conocimiento técnico deba asistir, según los asuntos a tratar. Estas personas tendrán derecho a voz, pero sin voto. La citación a estos servidores la efectuará el secretario Técnico a través de la convocatoria a las sesiones.

PARAGRAFO 2. El jefe de Control Interno será invitado permanente del comité y asistirá a las sesiones del mismo, con voz, pero sin voto y ejercerá la Secretaría Técnica.

ARTICULO 9. FUNCIONES DEL COMITÉ INSTITUCIONAL DE COORDINACIÓN DE CONTROL INTERNO. De acuerdo con el Decreto 648 de 2017 en su ARTÍCULO

2.2.21.1.6 Funciones del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno. Son funciones del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno:

a. Evaluar el estado del Sistema de Control Interno de acuerdo con las características propias de cada organismo o entidad y aprobar las modificaciones, actualizaciones y acciones de fortalecimiento del sistema a partir de la normatividad vigente, los informes presentados por el jefe de control interno o quien haga sus veces, organismos de control y las recomendaciones del equipo MECI.

b. Aprobar el Plan Anual de Auditoría de la entidad presentado por el jefe de control interno o quien haga sus veces, hacer sugerencias y seguimiento a las recomendaciones producto de la ejecución del plan de acuerdo con lo dispuesto en el estatuto de auditoría, basado en la priorización de los temas críticos según la gestión de riesgos de la administración.

c. Aprobar el Estatuto de Auditoría Interna y el Código de Ética del auditor, así como verificar su cumplimiento.

d. Revisar la información contenida en los estados financieros de la entidad y hacer las recomendaciones a que haya lugar.
e. Servir de instancia para resolver las diferencias que surjan en desarrollo del ejercicio de auditoría interna.

f. Conocer y resolver los conflictos de interés que afecten la independencia de la auditoría.

g. Someter a aprobación del representante legal la política de administración del riesgo y hacer seguimiento, en especial a la prevención y detección de fraude y mala conducta.

h. Las demás asignadas por el Representante Legal de la entidad.

ARTICULO 10. FUNCIONAMIENTO DEL COMITÉ INSTITUCIONAL DE COORDINACIÓN DE CONTROL INTERNO. Para el cumplimiento de sus facultades y responsabilidades este comité actuará bajo los siguientes lineamientos.

1. REUNIONES: El comité sesionará de manera ordinaria cada Tres (3) meses y extraordinaria, cada vez que las circunstancias así lo ameriten, previa convocatoria del representante legal.
2. SECRETARIA: La secretaria técnica de las reuniones del comité institucional de coordinación de control interno, la ejercerá el o la Asesor(a) de Control Interno.
3. QUORUM: Constituyen quorum para las deliberaciones en las sesiones, la asistencia de la mitad más uno del total de sus miembros.
4. INVITADOS: A las reuniones del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, podrán asistir otros servidores o contratistas de otras áreas o niveles de la entidad, cuando se considere conveniente.
5. INASISTENCIA: Cuando por motivos de fuerza mayor, un miembro permanente del comité institucional de coordinación de control interno no pueda asistir, deberá comunicarlo al representante legal, con la debida antelación y en todo caso deberá actualizarse en información que se trató, consultando las actas especialmente en lo relacionado con los resultados y compromisos adquiridos.

PARAGRAFO. Los miembros permanentes no podrán delegar su participación.

ARTÍCULO 11. FUNCIONES DEL PRESIDENTE DEL COMITÉ INSTITUCIONAL DE COORDINACIÓN DE CONTROL INTERNO. Son funciones del presidente del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno las siguientes:

1. Promover las citaciones del comité, presidir, instalar y dirigir las reuniones correspondientes.
2. Representar al comité cuando se requiera.
3. Servir de canal de comunicación de las decisiones del Comité. Únicamente el presidente podrá informar oficialmente los asuntos decididos por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno de (entidad).
4. Delegar en los otros miembros del Comité algunas de sus funciones, cuando lo considere oportuno.
5. Hacer el reparto de los asuntos que le corresponda al Comité decidir y debatir.
6. Decidir los impedimentos y recusaciones que presenten los integrantes del Comité.
7. Las demás funciones que establezca la ley o el reglamento.

ARTICULO 11. FUNCIONES DE LA SECRETARIA TÉCNICA: son funciones de la secretaria técnica del Comité Institucional de Coordinación de Control interno las siguientes:

1. Convocar a sesiones a los integrantes del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, indicando: hora, día y lugar de la reunión.
2. Programar la agenda del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y enviarla previamente a cada uno de los integrantes del Comité.
3. Redactar las actas de las reuniones.
4. Organizar la logística y los recursos técnicos necesarios para el funcionamiento del Comité.
5. Custodiar, conservar y coordinar el archivo y control de las actas del Comité, así como de los demás documentos que se posean, tanto en medio físico como electrónico.
6. Hacer seguimiento a las decisiones adoptadas y compromisos adquiridos por el Comité.
7. Participar en las reuniones del Comité, con voz y sin voto.
8. Las demás funciones que establezca la ley o el reglamento.

ARTICULO 13. VIGENCIA. La presente resolución rige a partir de la fecha y deroga las disposiciones de igual o inferior categoría que le sean contrarias.

Dado en Paipa Boyacá a los veintiséis (26) días del mes de mayo del año 2020.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

ROBINSON LARROTA RODRIGUEZ
Gerente General
Red Vital Paipa S.A. E.S.P.

Validación	Nombre Completo / Empleo	Vo.Bo.		No	Archivado en
Elaboró	Nury Stella Ochoa Sanabria / Jefe de Control Interno				
Revisó	Rodrigo Ochoa Molina / Subgerente General Administrativo, Financiero y Comercial				
Revisó	Robinson Larrotta Rodriguez / Gerente General				
Aprobó	Lina María Rico Valderrama / Asesor Jurídico				

CIRCULAR	Número
	008

Boyacá, Paipa, 22 DE FEBRERO 2024	
Destinatario	**YEISON ROKNEY TORRES SUAREZ** **Gerente General** **DIANA KATHERINE HURTADO FIGUEREDO** **Subgerente General Administrativa** **ANDREW MASAMI ASAKURA GARCIA** **Profesional SIG**
Asunto	**SOCIALIZACIÓN DEL PROGRAMA ANUAL DE AUDITORIAS 2024**

Cordial Saludo.

En cumplimiento de las funciones propias e inherentes a la Oficina de Control Interno, de la manera más atenta me dirijo a ustedes como Comité de Auditoría Interna de la empresa de SERVICIOS PÚBLICOS RED VITAL S.A E.S. P. Con el fin de socializar el **Programa Anual de Auditorías Internas 2024** para su respectiva aprobación el día 27 de febrero del presente año a las 9:00 am en la sala de juntas de la empresa.

Agradezco su colaboración.

Jhon Edison Fonseca Barón

JHON EDISON FONSECA BARÓN
Jefe de Control Interno

Validación	*Nombre Completo / Empleo*	*Vo.Bo.*		*No*	*Archivado en*
Elaboró	*Jhon Edison Fonseca Baron/Jefe de Control Interno*	JGFB		*1*	
Revisó				*2*	
Aprobó					

015

CIRCULAR	Número
	015

Boyacá, Paipa, 22 DE MARZO 2024	
Destinatario	**YEISON ROKNEY TORRES SUAREZ** **Gerente General** **DIANA KATHERINE HURTADO FIGUEREDO** **Subgerente General Administrativa** **ANDREW MASAMI ASAKURA GARCIA** **Profesional SIG**
Asunto	**SOCIALIZACIÓN DEL PROGRAMA ANUAL DE AUDITORIAS 2024**

Cordial Saludo.

En cumplimiento de las funciones propias e inherentes a la Oficina de Control Interno, de la manera más atenta me dirijo a ustedes como Comité de Auditoría Interna de la empresa de SERVICIOS PÚBLICOS RED VITAL S.A E.S. P. Con el fin de socializar el **Programa Anual de Auditorías Internas 2024** para su respectiva aprobación el día 26 de marzo del presente año a las 9:00 am en la sala de juntas de la empresa.

Agradezco su colaboración.

Jhon Edison Fonseca Barón

JHON EDISON FONSECA BARÓN
Jefe de Control Interno

Validación	*Nombre Completo / Empleo*	*Vo.Bo.*		*No*	*Archivado en*
Elaboró	*Jhon Edison Fonseca Baron/Jefe de Control Interno*	*JEFB*		*1*	
Revisó				*2*	
Aprobó					

PROGRAMA ANUAL DE AUDITORIAS INTERNAS

EMPRESA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS
RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P.

PAIPA S.A. E.S.P. Red Vital

YEISON ROKNEY TORRES SUARES

GERENTE GENERAL

JHON EDISON FONSECA BARON

JEFE DE CONTROL INTERNO

CONTROL INTERNO

2024

Contenido

PRESENTACIÓN 3

ROLES DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO 3

ROL DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO 4

PRINCIPIOS DEL PROGRAMA ANUAL DE AUDITORIA 4

OBJETIVO 5

ALCANCE DEL PLAN DE AUDITORIA 6

TÉCNICAS DE AUDITORÍA 6

Verificación Ocular: 6

Verificación Verbal: 6

Certificación Escrita: 7

Verificación Documental: 7

Verificación Física o Inspección 7

FACTORES EN PROCESO DE AUDITORIA: 7

- Control de Gestión: 7
- Control de Resultados 7
- Control de Legalidad 7
- Control Financiero: 7
- Control Interno: 7

POLITICAS DE OPERACIÓN 8

PROCEDIMIENTO AUDITORIA INTERNA 9

DEFINICIONES 17

DOCUMENTOS DE REFERENCIA 18

PROGRAMACIÓN AUDITORIAS EMPRESA RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P. 18

PRESENTACIÓN

Teniendo en cuenta la Ley 87 de 1993 y demás normas concordantes, se presenta el Programa Anual de Auditorias mediante el cual se direccionan las acciones a efectuar por parte de la Oficina de Control Interno con el propósito de evaluar la eficacia, eficiencia y efectividad de los controles de la entidad. En cumplimiento de la Misión y objetivos institucionales de la empresa, la Oficina de Control Interno elaboro el programa Anual de Auditorias para la vigencia 2024 de la empresa de servicios públicos RED VITAL S.A E.S. P del municipio de paipa instrumento de planificación para ejercer el control de la gestión conforme a los lineamientos del COMITÉ INSTITUCIONAL DE COORDINACIÓN DE CONTROL INTERNO.

El Plan Anual de Auditorias es una herramienta que permite definir los procesos que serán objeto de evaluación en la vigencia 2024, así como los medios a través de los cuales serán realizadas las evaluaciones, los objetivos, metodología, el alcance, los responsables de los procesos auditados. Para el desarrollo de las Auditorias la Oficina de Control interno pone a disposición el Estatuto de Auditoría Interna, el código de ética del auditor interno, y la carta de compromiso del auditado.

Esta actividad es un componente del Sistema de Control Interno, la oficina de control interno tiene la responsabilidad de realizar auditorías que le permitan verificar y evaluar la conformidad del Modelo Estándar de Control Interno basado en los procesos y la identificación de riesgos, mediante la aplicación de criterios y principios necesarios para poder establecer acciones de mejora.

ROLES DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO

El Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG promueve el mejoramiento continuo de las entidades, razón por la cual éstas deben establecer acciones, métodos y procedimientos de control y de gestión del riesgo, así como mecanismos para la prevención y evaluación de éste. El Control Interno es la clave para asegurar razonablemente que las demás dimensiones del MIPG cumplan su propósito. Se desarrolla a través del Modelo Estándar de Control Interno -MECI-, el cual fue actualizado en función de la articulación de los Sistemas de Gestión y de Control Interno que establece el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015 (PND 2014-2018).

La nueva estructura del MECI busca una alineación a las buenas prácticas de control referenciadas desde el Modelo COSO, razón por la cual la estructura del MECI se fundamenta en cinco componentes, a saber: 1.) Ambiente de Control; 2.) Administración del Riesgo; 3.) Actividades de Control; 4.) Información y Comunicación; y, 5.) Actividades de Monitoreo. Esta estructura está acompañada de un esquema de asignación de responsabilidades y roles para la gestión del riesgo y el control, el cual se distribuye en diversos servidores de la entidad, no siendo ésta una tarea exclusiva de las oficinas de control interno. Así:

I. Procesos Estratégicos
II. Procesos Misionales
III. Procesos de Apoyo
IV. Procesos de Evaluación
https://redvitalpaipasaesp.com/informacion-de-entidad/mapa-de-procesos/

Las Unidades u Oficinas de Control Interno o quien haga sus veces desarrollarán su labor a través de los siguientes Roles: Evaluación de la Gestión del Riesgo; Enfoque hacia la Prevención, Evaluación y Seguimiento, Liderazgo Estratégico, Relación con Entes Externos de Control.

ROL DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

La ley 87 de 1993 establece como un punto central de la labor de las unidades de Control Interno, Auditoría Interna o quien haga sus veces, la verificación y evaluación permanente del Sistema de Control Interno implementado en las entidades del Estado.

Si bien los diferentes roles que enmarcan la función de Control Interno son importantes, el rol de "Evaluación y Seguimiento" se constituye en uno de los ejes fundamentales que permiten determinar el correcto funcionamiento del Sistema de Control Interno y la Gestión de las entidades.

PRINCIPIOS DEL PROGRAMA ANUAL DE AUDITORIA

- **Independencia:** La base para la imparcialidad de la Auditoria y la objetividad de las conclusiones de la Auditoría. Los auditores son independientes de la actividad que es auditada y están libres de sesgo y conflicto de intereses, los auditores mantienen una actitud objetiva a lo largo del proceso de auditoría para asegurarse que los hallazgos y conclusiones de la auditoría están basados solo en la evidencia de la auditoría.
- **Enfoque Basado en la evidencia:** El método racional para alcanzar conclusiones fiables y reproducibles de la auditoria en un proceso sistemático. La evidencia de la auditoria es verificable, está basado en muestras de la información disponible, ya que una auditoria se lleva a cabo dentro de un periodo de tiempo determinado y con recursos finitos.

INTEGRIDAD	Es un fundamento de la profesionalidad. Los auditores y las personas que realizan la gestión de un programa de auditoría deben desempeñar su trabajo con honestidad, diligencia y responsabilidad, observar y cumplir todos los requisitos legales que sean aplicables, demostrar la competencia a la hora de realizar su trabajo, desarrollar su trabajo de forma imparcial, es decir, sin estar influenciados por nada y por nadie, ser sensible a cualquier influencia que pueda ejercer su juicio mientras realiza una auditoría.
PRESENTACIÓN IMPARCIAL	Es la obligación de informar con veracidad y exactitud. Todos los hallazgos, conclusiones e informes de las actividades que se realizan durante las auditorías. Se tiene que informar de todos los obstáculos que se encuentran en el camino al realizar la auditoría y las opiniones divergentes que se queden sin resolver entre el equipo auditor y la persona auditada. La comunicación tiene que ser veraz, exacta, objetiva, oportuna, clara y completa.

SER PROFESIONAL	Contar con diligencia y tener juicio a la hora de realizar la auditoría. Los auditores deben proceder con mucho cuidado, según la importancia que tenga la tarea que quieren desempeñar y la confianza que se deposite en ellos por el cliente de la auditoría y por las demás partes interesadas. Un gran factor a tener en cuenta a la hora de realizar su trabajo con el debido cuidado profesional es contar con la capacidad de realizar juicios razonados con todas las situaciones de la auditoría.
CONFIDENCIALIDAD	Se debe realizar cuidando la seguridad de la información. Los auditores deben proceder con discreción durante la utilización y la protección de la información que ha adquirido durante la realización de la auditoría. La información de la auditoría no puede usarse de forma inapropiada para beneficio personal del auditor o del cliente de la auditoría, de forma que pueda perjudicar al interés legítimo del auditado. El concepto incluye el tratamiento apropiado de la información sensible o confidencial.
INDEPENDENCIA	Es la base para la imparcialidad de la auditoría y la objetividad de las conclusiones de la auditoría. Los auditores deben ser independientes a la actividad que se quiere auditar siempre y cuando sea posible, además existen casos en los que deben actuar de forma libre contra el conflicto de intereses. Para las auditorías internas, los auditores deben ser independientes de los responsables operativos de la sección que se desea auditar. Los auditores deben mantener la objetividad según el proceso de auditoría para asegurarse de los hallazgos y las conclusiones de la auditoría que se basan sólo en la evidencia de la auditoría.

OBJETIVO

El Programa Anual de Auditorías Internas de la Empresa de Servicios Públicos Domiciliarios Red Vital Paipa S.A. E.S.P., tiene como objetivo general orientar la verificación de los procesos para establecer conformidad con los siguientes aspectos.

1. **Cumplimiento o legalidad:** Establecer la adherencia de la entidad a las normas constitucionales, legales, reglamentarias y de autorregulación que aplican a cada proceso.

2. **Estratégico:** Contribución del proceso a la implementación de los modelos de gestión de la calidad y control interno y al logro de los objetivos misionales de la entidad.

3. **Gestión y resultados:** Determinar el grado de economía, eficiencia y eficacia del proceso en el manejo de los recursos y la aplicación de controles para lograr el impacto esperado en los servicios de la entidad.

ALCANCE DEL PLAN DE AUDITORIA

La auditoría interna está establecida en tres aspectos fundamentales de evaluación:

- **Cumplimiento:** Será verificada la adherencia de la empresa red vital paipa S.A E.S. P a las normas constitucionales, legales, reglamentarias y de autorregulación que le sean aplicables.
- **Estratégico:** Se auditará el logro de los objetivos misionales en lo relacionado al proceso mediante el cual se evalúa el desempeño de los sistemas gerenciales de la empresa.
- **Gestión de Resultados:** Serán verificadas las actividades relativas al proceso de gestión de la empresa con el fin de determinar el grado de economía, eficiencia y eficacia en el manejo de los recursos y los controles, de los métodos de información y medición sobre el impacto que producen los bienes o servicios entregados a la ciudadanía o partes interesadas.

TÉCNICAS DE AUDITORÍA

Son elementos y métodos utilizados por el profesional para obtener la evidencia necesaria que fundamente sus observaciones, hallazgos, conclusiones y recomendaciones. Su aplicación se basa en el criterio o juicio del evaluador, según las circunstancias. Las técnicas y postulados básicos de las normas de auditoría a tener en cuenta para el desarrollo de la evaluación son:

Verificación Ocular:

- **Comparación:** Permite identificar las diferencias existentes entre los lineamientos normativos y las operaciones realizadas por la empresa de un periodo a otro.
- **Observación:** Es la acción directa utilizada para obtener información que permita conocer cómo se ejecutan las operaciones y procesos.
- **Revisión Selectiva:** Es la verificación ocular rápida y selectiva a fin de separar mentalmente asuntos que no son típicos o normales.
- **Rastreo:** Es el seguimiento al proceso de una operación de manera progresiva o regresiva.

Verificación Verbal:

- **Indagación:** Consiste en obtener información verbal mediante entrevistas directas con los funcionarios del área sujeta de estudio y de otras áreas relacionadas directa o indirectamente.
- **Encuesta:** Es la aplicación directa o indirecta de cuestionarios relacionados con las operaciones de un área, programa o actividad definida.
- **Análisis:** Consiste en la separación de los elementos que conforman una operación, actividad, transacción o proceso con criterios de orden normativo, técnico y práctico para establecer su propiedad o conformidad.

Certificación Escrita:

- **Conciliación:** Es la comparación y análisis de la información producida por diferentes procesos respecto de una misma operación o actividad para determinar la validez, veracidad y concordancia de lo examinado.
- **Confirmación:** Es la obtención de información directa y por escrito, interna o externamente de las operaciones sujetas a verificación, mediante circularización.
- **Tabulación:** Permite agrupar los resultados obtenidos mediante la verificación, en áreas, segmentos o elementos comunes para obtener conclusiones. Es importante la presentación de lo posible, por medio de gráficas o tablas.

Verificación Documental:

- **Comprobación:** Permite verificar la existencia, legalidad y legitimidad de los documentos que justifican las operaciones realizadas por la entidad.
- **Computación o cálculo:** Consiste en verificar la exactitud matemática de las operaciones y registros.

Verificación Física o Inspección

- Examen físico con el objeto de demostrar existencia o autenticidad.

FACTORES EN PROCESO DE AUDITORIA: Los factores a tener en cuenta en el proceso de auditoria serán:

- Control de Gestión: Es el examen de la eficiencia y eficacia de las entidades en la administración de los recursos públicos, determinada mediante la evaluación de sus procesos administrativos, la utilización de indicadores de rentabilidad pública y desempeño y la identificación de la distribución del excedente que estas producen, así como de los beneficiarios de su actividad.

- Control de Resultados: Es el examen que se realiza para establecer en qué medida se logran los objetivos y cumplen los planes, programas y proyectos adoptados por la empresa, en un período determinado.

- Control de Legalidad: Es la comprobación que se hace de las operaciones financieras, administrativas, económicas y de otra índole de una entidad para establecer que se hayan realizado conforme a las normas que le son aplicables.

- Control Financiero: El control financiero es el examen que se realiza, con base en las normas de auditoría de aceptación general, para establecer si los estados financieros de una entidad reflejan razonablemente el resultado de sus operaciones y los cambios en su situación financiera, comprobando que en la elaboración de los mismos y en las transacciones y operaciones que los originaron, se observaron y cumplieron las normas prescritas por las autoridades competentes y los principios de contabilidad universalmente aceptados o prescritos por el Contador General.

- Control Interno: Es la evaluación que se realiza al Sistema de Control Interno - grado de implementación del Modelo Estándar de Control Interno. Entre las técnicas de auditoría que se emplearán para ejecutar el Plan de Auditorias se encuentran, las indagaciones e inspecciones a los diferentes funcionarios sobre el desarrollo de sus funciones, procesos y procedimientos. Se recurrirá también a la observación de actividades a la revisión selectiva de documentos y a la comparación de lo expresado en las indagaciones con los hallazgos físicos. En fin, se hará uso de todas las técnicas de

auditoría que se consideren pertinentes para evaluar de forma objetiva todos los procesos y procedimientos, y formular los planes de mejoramiento que permitan el fortalecimiento del control interno.

POLITICAS DE OPERACIÓN

- La Oficina de Control interno diseñará el Programa Anual de Auditorias, para tal fin se apoyará en la "Guía de Auditoría Interna basada en riegos para entidades públicas" DAFP.

- El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno debe aprobar en reunión, mediante acta el Plan anual de auditorías para que este pueda ser ejecutado.

- Cuando se conforme equipos de auditores se asignará un Líder de cada uno de ellos, quien establecerá y asignará las actividades y responsabilidades de cada uno de los integrantes del equipo auditor en el desarrollo del plan específico de auditoría.

- En las entrevistas se debe aplicar la siguiente secuencia de pasos: preguntar, escuchar detenidamente, analizar las respuestas, verificar las evidencias, determinar y concertar los hallazgos con el auditado para finalmente documentarlos en el acta de cierre.

- En caso de surgir discrepancias entre el informe presentado por el auditor y la aceptación por parte del auditado, el jefe de la Oficina de Control Interno de Gestión, procederá a realizar los ajustes que sean necesarios para asegurar la continuidad del proceso de evaluación y sus decisiones serán consideradas como definitivas y deberán ser acatadas por el responsable del proceso auditado y el auditor, para lo cual se notificará mediante oficio.

- Cuando se presente un caso de fuerza mayor que tenga impacto en el desarrollo normal del Plan Anual de Auditorias de la vigencia, se debe actualizar el programa de auditorías para que este se pueda desarrollar adecuadamente.

- Una vez terminada la actividad de Auditoria en campo, el Auditor tendrá un plazo de máximo quince (15) días hábiles para diligenciar el informe final.

- Los responsables del proceso tendrán un plazo máximo de quince (15) días hábiles para formular el respectivo Plan de Mejoramiento con el análisis de causas y acciones correctivas. Los Planes de mejoramiento presentados serán objeto de seguimiento y verificación de su cumplimiento por parte de la Oficina de Control Interno.

PROCEDIMIENTO AUDITORIA INTERNA

PAIPA S.A. E.S.P. Red Vital	RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P.		CÓDIGO	
	MACROPROCESO	EVALUACIÓN	PV-CI-MC-PR-01	
	PROCESO	CONTROL INTERNO	FECHA	14/03/2023
	PROCEDIMIENTO	AUDITORÍA INTERNA	VERSIÓN	02
			PÁGINA	1 de 6

1. OBJETIVO	
Determinar si el Sistema Integrado de Gestión es conforme con las disposiciones planificadas, con los requisitos de las normas relacionadas al Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG y los Sistemas de Gestión de la Entidad, con los demás requisitos aplicables y si se mantiene de manera eficaz, eficiente y efectiva.	
2. ALCANCE	
Aplica desde el diseño del Programa de Auditorías, finalizando con la elaboración de los informes de seguimiento a las acciones correctivas.	
3. RESPONSABLES	
Jefe de Control Interno	• Promover el mejoramiento continuo de los procesos de la entidad asesorando a la Alta Gerencia, buscando el cumplimiento de los objetivos y fines institucionales. • Formular el programa anual de auditorías internas y presentarlo para su aprobación al comité coordinador de control interno. • Evaluar los procesos estratégicos, misionales, transversales y de apoyo, adoptados y utilizados por la administración, con el fin de determinar su coherencia con los objetivos y funciones de la Empresa.
4. DEFINICIONES / TERMINOLOGÍA	
Acciones Correctivas	Son acciones tomadas para eliminar las causas de una no conformidad, defecto o cualquier otra situación no deseada en un sistema o proceso. Su objetivo es prevenir la recurrencia de problemas similares en el futuro.
Acciones Preventivas	Son acciones tomadas para eliminar las causas potenciales de no conformidades, defectos u otras situaciones no deseadas. Se implementan para prevenir problemas antes de que ocurran.
Auditoría Interna	Es un proceso sistemático de evaluación y revisión de los sistemas, procesos y actividades de una organización para determinar si cumplen con los requisitos establecidos y las normas aplicables. Las auditorías internas se realizan por personal interno o contratado independiente.
Calidad	Es el conjunto de características y propiedades de un producto, servicio o proceso que le confieren la capacidad de satisfacer las necesidades y expectativas establecidas o implícitas de los clientes. La calidad se basa en el cumplimiento de requisitos y estándares establecidos.

Diagrama de Pareto	Es una herramienta gráfica utilizada para identificar y priorizar los problemas o causas principales que generan la mayoría de los efectos no deseados. Se basa en el principio de que un pequeño número de causas (el 20%) suele ser responsable de la mayoría de los problemas (el 80%).
Eficacia	Se refiere a la capacidad de lograr los resultados deseados o esperados. En el contexto de la gestión de calidad, la eficacia implica cumplir con los objetivos establecidos y satisfacer las necesidades de los clientes.

Eficiencia	Es la capacidad de lograr los resultados deseados utilizando los recursos de manera óptima. Se refiere a la minimización del desperdicio y la maximización de la productividad.
Efectividad	Es el grado en el que se logran los objetivos planificados y se obtienen los resultados esperados. La efectividad se evalúa en función de si se alcanzan los resultados deseados y si se cumplen las expectativas establecidas.
No Conformidad	Es cualquier desviación o incumplimiento con respecto a los requisitos establecidos. Una no conformidad puede referirse a productos defectuosos, procesos incorrectos, incumplimiento de normas o cualquier otro incumplimiento de los estándares establecidos.
Plan de Mejoramiento	Es un plan estratégico diseñado para identificar, abordar y mejorar áreas específicas de un sistema, proceso o producto con el fin de alcanzar un mayor nivel de calidad o desempeño. El plan de mejoramiento incluye acciones y actividades específicas para lograr los objetivos establecidos.

	de los estándares establecidos.
Plan de Mejoramiento	Es un plan estratégico diseñado para identificar, abordar y mejorar áreas específicas de un sistema, proceso o producto con el fin de alcanzar un mayor nivel de calidad o desempeño. El plan de mejoramiento incluye acciones y actividades específicas para lograr los objetivos establecidos.
Revisión por la Dirección	Es una actividad de evaluación realizada por la alta dirección de una organización para revisar el desempeño general de la organización, su sistema de gestión de calidad y tomar decisiones estratégicas. La revisión por la dirección incluye la revisión de informes, indicadores clave de desempeño, resultados de auditorías y otras métricas relevantes.

5. POLÍTICAS DE OPERACIÓN

En las entrevistas se debe aplicar la siguiente secuencia de pasos: preguntar, escuchar detenidamente, analizar las respuestas, verificar las evidencias, determinar y concertar los hallazgos con el auditado para finalmente documentarlos en el acta de cierre.

En caso de surgir discrepancias entre el informe presentado por el auditor y la aceptación por parte del auditado, el Jefe de la Oficina Asesora de Control Interno de Gestión, procederá a realizar los ajustes que sean necesarios para asegurar la continuidad del proceso de evaluación y sus decisiones serán consideradas como definitivas y deberán ser acatadas por el Responsable de Proceso auditado; para lo cual se notificará mediante un oficio.

Cuando se presente un caso de fuerza mayor que tenga gran impacto en el desarrollo normal del programa anual de auditorías de la vigencia, se debe actualizar el programa de auditorías para que este se pueda desarrollar adecuadamente.

5.1 Perfil del Auditor Interno ISO 9001:2015 DE RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P.

EDUCACIÓN: Profesional en cualquiera área del conocimiento

EXPERIENCIA EN AUDITORIAS: Participación en al menos un Proceso total de Auditorias en cualquier tipo de entidad.

FORMACIÓN: Formación como auditor ISO 9001:2015

Red Vital Paipa S.A. E.S.P. / Km 1 Vía Francisco Montaña – Tel: 3208585284 – C. Postal: 150440
www.redvitalpaipasaesp.com – comercial@redvitalpaipasaesp.com – secretariagerencia@redvitalpaipasaesp.com

6. DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO

No	ACTIVIDAD (QUE)	DESCRIPCIÓN (COMO)	RESPONSABLE (QUIEN)	REGISTRO
1	Programa de auditorías	Al inicio de la vigencia, La Oficina de Control Interno realiza el Programa Anual de Auditorías en el formato **PV-CI-AI-PG-01**, en el que incluye auditorías internas de calidad, la auditoría externa y las de Control Interno con su respectivo cronograma, el cual se presenta en Comité Institucional de Coordinación de Control Interno para aprobación y se publica de forma anual.	Jefe Control Interno, Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, Responsable del Sistema de Gestión de Calidad	PV-CI-AI-PRO-01 Programa Anual de Auditorías, Acta de Aprobación
2	Plan de auditorías	Una vez aprobado el Programa Anual de auditorías, se realiza un Plan de las auditorías en el que se incluyen los auditores certificados y los procesos a auditar y se comunica a los auditores, en el formato **PV-CI-AI-PL-01**, de forma puntual para cada uno de los días aplicables según lo determinado en el Programa anual.	Jefe Control Interno	Plan de auditorías PV-CI-AI-PL-01 Plan de Auditorías
3	Reunión de apertura	En la fecha indicada en el memorando se realiza la reunión de apertura con los auditores y auditados para socializar el programa y el plan y dar las instrucciones para el buen desarrollo de la auditoría. Lo anterior, generando el registro en el formato **PV-CI-AI-FO-01** Actas de Reuniones de apertura/cierre.	Todos los funcionarios, Control Interno y Representante de la Dirección	PV-CI-AI-FO-01 Acta de apertura/ Cierre de Auditoría

4	Preparar la auditoria	Cada auditor una vez conozca el proceso a auditar, prepara la información, la estudia la analiza y diligencia el plan según la metodología establecida y lo envía al responsable del proceso y al auditor líder. En medio magnético. Se deben tener en cuenta los factores legales, de las normas auditadas y de la	Auditor Interno(es)	PA-GCOM-FO-01 Oficio/Comunicados

		Entidad RED VITAL PAIPA S.A. ESP.		
5	Ejecutar la auditoría	Según la fecha indicada en el plan de Auditoría y una vez diligenciados los formatos (lista de chequeo) se inicia el trabajo de campo, a través de entrevistas, revisión de documentos internos y externos, con la participación del auditado y a través de muestreo. Se recoge toda la información en el formato y en los papeles de trabajo. Lo anterior dejando registros en el Listado de chequeo formato **PV-CI-AI-FO-02** Lista de Chequeo para Auditorías Internas.	Auditor Interno(es)	PV-CI-AI-FO-02 Lista de Chequeo para Auditorías Internas

6	Establecer los hallazgos pertinentes de Auditorias In situ	Estos comprenderán las actividades realizadas en cada una de las fases de auditoría y contendrán evidencia de la planeación, así como de la naturaleza, oportunidad y alcance de los procedimientos de auditoría aplicados y de las conclusiones a las que se llega.	Auditor Interno(es)	PV-CI-AI-FO-02 Lista de Chequeo para Auditorías Internas
7	Elaborar informes de Auditorías Internas	Se revisa y analiza la información, se establecen las no conformidades, se clasifican en forma clara y objetiva. Teniendo en cuenta esta información se establece el nivel de madurez del proceso se elabora el informe en el formato correspondiente y se le hace entrega al auditado para que lo analice y acepte los resultados obtenidos, en caso de no aceptarlos se debe justificar y el auditor líder resuelve la diferencia. Lo anterior se establece en el Informe de auditorías Internas Cod: PV-CI-AL-FO-03 Informe de Auditorias	Auditores y Auditor líder	PV-CI-AL-FO-03 Informe de Auditorías PA-GCOM-FO-01 Oficio/Comunicados
8	Reunión de cierre	Se realiza una reunión de cierre con todos los auditados y auditores y cada uno da a conocer el informe incluidas las	Auditor líder, Representante de la dirección,	PE-SIG-SGC-FO-08 Registro de asistencia

		no conformidades. Estableciendo el formato **PV-CI-AI-FO-01** Actas de Reuniones de apertura/cierre.	Todos los funcionarios	PV-CI-AI-FO-01 Acta de apertura/ Cierre de Auditoría
9	Definir y ejecutar el plan de Mejoramiento	Con base en el informe de auditoría el auditado define las acciones correctivas y o preventivas que va a emprender para mejorar el proceso, a partir del estudio de sus causas, diligencia el plan de mejoramiento y lo remite al auditor líder. Las no conformidades se deben analizar de acuerdo con el Procedimiento de acciones correctivas y preventivas. Lo anterior, determinado en el Plan de Mejoramiento institucional Cod: **PV-CI-MC-FO-05.**	Auditados y Auditor líder	PV-CI-MC-FO-05 Plan de Mejoramiento
10	Realizar seguimiento planes de mejoramiento.	Se realiza seguimiento a los planes de mejoramiento para verificar si se están cumpliendo las acciones de mejora propuestas, si han sido eficaces para eliminar la causa que generó la no Conformidad o prevenir el Riesgo. Seguimiento de Plan de Mejoramiento PV-CI-MC-FO-06.	Auditores internos y auditor líder	PV-CI-MC-FO-06 Seguimiento de Plan de Mejoramiento
11	Elaborar el informe consolidado de auditorias	Una vez finalizado el ciclo de auditorías se elabora un informe que consolide todas las auditorias, este informe debe contener todas las no conformidades, las acciones correctivas propuestas, las acciones cerradas el cual será insumo para el informe de revisión por la dirección. Se genera seguimiento al desarrollo de las auditorías Internas PV-CI-AI-FO-03.	Auditor Líder	PV-CI-AL-FO-03 Informe de Auditorías

PUNTO DE CONTROL
7. Elaboración de Informes de Auditorías. PV-CI-AL-FO-03 Informe de Auditorías.

7. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Constitución Política de Colombia
Ley 872 de diciembre 30 de 2003
Ley 489 de diciembre 29 de 1998
Decreto 4110 de diciembre 9 de 2004
Decreto 1499 de 2017 El Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG
NTC-ISO 9001:2015 Sistema de Gestión de Calidad SGC
NTC-ISO 19011:2018 Directrices para la Auditoría de los Sistemas de Gestión de la Calidad y/o Ambiental

8. ANEXOS

PV-CI-AI-PRO-01 Programa Anual de Auditorías Internas
PV-CI-AI-FO-01 Acta de apertura/Cierre de Auditoría
PV-CI-AI-PL-01 Plan de Auditorías
PA-GCOM-FO-01 Oficio/Comunicados
PV-CI-AI-FO-02 Lista de Chequeo para Auditorías Internas
PV-CI-AI-FO-03 Informe de Auditorías
PE-SIG-SGC-FO-08 Registro de asistencia
PV-CI-MC-FO-05 Plan de Mejoramiento
PV-CI-MC-FO-06 Seguimiento de Plan de Mejoramiento

DEFINICIONES

- **AUDITORIA:** Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias de la auditoria y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar la extensión en que se cumplen los criterios de auditoría.
- **AUDITADO:** Organización o proceso al que se le realiza una auditoria.
- **AUDITOR:** Persona con la competencia para llevar a cabo una auditoría, el cual debe ser diferente del personal que realiza el trabajo.
- **CRITERIOS DE AUDITORIA:** Conjunto de políticas, procedimientos o requisitos que se utilizan como una referencia frente a la cual se compara la evidencia de la auditoria.
- **CONCLUSIONES DE AUDITORIA:** Resultado de una auditoria, que proporciona el equipo auditor tras considerar los objetivos de la auditoria y todos los hallazgos de la auditoria.
- **EVIDENCIA OBJETIVA:** Datos que respaldan la existencia o veracidad de algo. Registros, declaraciones de hechos o cualquier otra información que son pertinentes para los criterios de auditoría y que son verificables.
- **INSPECCIÓN:** Evaluación de la conformidad por medio de observación y dictamen, acompañada cuando sea apropiado por medición, ensayo, prueba o comparación con patrones.
- **PROGRAMA DE AUDITORIA:** Conjunto de una o más auditorias planificadas para un periodo de tiempo determinado y dirigidas hacia un propósito específico.
- **PLAN DE AUDITORIA:** Descripción de las actividades y de los detalles acordados de una auditoria.
- **HALLAZGOS DE AUDITORIA:** Resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoria recopilada frente a los criterios de auditoría.
- **CONFORMIDAD:** Cumplimiento de un requisito.
- **NO CONFORMIDAD:** Incumplimiento de un requisito.
- **ACCIÓN PREVENTIVA:** Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente indeseable.
- **PAPELES DE TRABAJO:** Comprenden todos los registros llevados por el evaluador sobre los procedimientos seguidos, las pruebas realizadas, las informaciones obtenidas y las conclusiones alcanzadas relativas a su evaluación, pero que no hacen parte integral de los informes. Estos papeles sustentan las conclusiones del evaluador en cada área de su trabajo. Además, constituyen un medio de enlace entre los registros del área evaluada y los informes proporcionados por el evaluador sirven en caso necesario, como prueba de lo realizado.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Constitución Política de Colombia: Artículos 209 y 269.
- Ley 87 de 1993, Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control Interno en las Entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones.
- Decreto 1537 de 2001, Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 87 de 1993 en cuanto a elementos técnicos y administrativos que fortalezcan el sistema de control interno de las entidades y organismos del Estado.
- LEY 489 DE 1998, Reglamentada Parcialmente por el Decreto Nacional 910 de 2000, Por la cual se dictan normas sobre la organización y funcionamiento de las entidades del orden nacional, se expiden las disposiciones, principios y reglas generales para el ejercicio de las atribuciones previstas en los numerales 15 y 16 del artículo 189 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones.
- Ley 1474 de 2011- Estatuto Anticorrupción
- Decreto 1599 de 2005, Derogado por el art. 5, Decreto Nacional 943 de 2014, Por el cual se adopta el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano.) Decreto 943 de 2014, Por el cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno (MECI).
- Decreto 1083 DE 2015, Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública
- Decreto 648 de 2017, Por medio del cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015.
- Decreto 1499 de 2017: por medio del cual se modifica el DECRETO 1083 de 2015, DECRETO Único MIPG. El Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG
- Manual de Funciones de la entidad, Manuales de procesos y procedimientos.
- Plan de Desarrollo Municipal "CON SUMERCE PODEMOS AVANZAR 2020-2023"
- Guía de Auditoría Interna basad en Riesgos para entidades Públicas. Versión 4. DAFP.
- Demás decretos, normas e instrumentos técnicos emitidos a nivel Nacional y por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

PROGRAMACIÓN AUDITORIAS EMPRESA RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P.

AUDITORÍA No: 001-2024	**PROCESO A AUDITAR: TODOS**
FECHA **Marzo 2024 a noviembre 2024**	**AUDITORES:** **Jhon Edison Fonseca Barón / Auditor de Control Interno** **Andrew Masami Asakura Garcia / Auditor Interno Integral HSEQ / ISO/IEC 17025:2017**
RESPONSABLE DEL PROCESO **Todos los líderes de procesos**	
DOCUMENTACIÓN REFERENCIA PARA LA AUDITORÍA	
NOMBRE	
Documentación de los procesos requeridos para los alcances: • **Ley 87 de 1993** • **Ley 142 de 1994** • **Decreto 1499 de 2017** • **Resolución 0312 de 2019** • **Resolución CRA 943 de 2021** • **ISO 9001:2015**	

- ISO 45001:2018
- ISO/IEC 17025:2017
- Documentación requerida por los Auditores

CARGO(S) AUDITADO(S):

- Subgerente General Administrativo / Subgerente General Operativo
- Asesor (Jefe Oficina Asesora Jurídica)
- Profesional de Contratación / Contabilidad y Presupuesto / Tesorería / Comercial, Facturación y PQRSD / Planeación y Proyectos / Gobierno Digital / Acueducto y Alcantarillado / Aseo / Ambiental / Laboratorio / Selección en la Fuente
- Técnicos (Administrativo y Operativo)
- Auxiliares Administrativas (Gerencia / Archivo / Almacén / Contable / Facturación)
- Profesional SIG / Jefe Oficina de Control Interno (Auditor Externo)
- Profesionales y técnicos de Apoyo CPS

ACTIVIDADES PROGRAMADAS	PROCESOS				PERIODO PROGRAMADO											ALCANCE	OBJETIVO
	ESTRATÉGICOS	MISIONAL	APOYO	EVALUACIÓN	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE		
LABORATORIO		X					X	X								ISO 9001:2015 ISO/IEC 17025/2017	Verificar la eficacia de los Sistemas de Gestión
GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS								X								Ley 87 de 1993 Decreto 1499 de 2017 ISO 9001:2015	Verificar la eficacia de los Sistemas de Gestión y Control Interno
GESTIÓN DOCUMENTAL								X								Ley 87 de 1993 Decreto 1499 de 2017 ISO 9001:2015	Verificar la eficacia de los Sistemas de Gestión y Control Interno
GESTIÓN COMERCIAL, FACTURACIÓN Y PQRSD									X	X						Ley 87 de 1993 Decreto 1499 de 2017 ISO 9001:2015	Verificar la eficacia de los Sistemas de Gestión y Control Interno
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO											X	X				Ley 87 de 1993	Verificar la eficacia de los

																Decreto 1499 de 2017 ISO 9001:2015	Sistemas de Gestión y Control Interno
GESTIÓN JURÍDICA											X	X				Ley 87 de 1993 Decreto 1499 de 2017 ISO 9001:2015	Verificar la eficacia de los Sistemas de Gestión y Control Interno
PLANEACIÓN Y PROYECTOS													X			Ley 87 de 1993 Decreto 1499 de 2017 ISO 9001:2015	Verificar la eficacia de los Sistemas de Gestión y Control Interno
GESTIÓN DE ACUEDUCTO												X	X	X		ISO 9001:2015 Ley 142 de 1994 Resolución CRA 943 de 2021	Verificar la eficacia de los Sistemas de Gestión y Control Interno
GESTIÓN DE ALCANTARILLADO												X	X	X		ISO 9001:2015 Ley 142 de 1994 Resolución CRA 943 de 2021	Verificar la eficacia de los Sistemas de Gestión y Control Interno
GESTIÓN DE ASEO												X	X	X		ISO 9001:2015 Ley 142 de 1994 Resolución CRA 943 de 2021	Verificar la eficacia de los Sistemas de Gestión y Control Interno
GESTIÓN CONTRACTUAL												X	X	X		Ley 87 de 1993 Decreto 1499 de 2017 ISO 9001:2015	Verificar la eficacia de los Sistemas de Gestión y Control Interno
GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA												X	X	X		Ley 87 de 1993 Decreto 1499 de 2017 ISO 9001:2015	Verificar la eficacia de los Sistemas de Gestión y Control Interno
GESTIÓN DE SISTEMAS Y COMUNICACIONES													X	X		Ley 87 de 1993 Decreto 1499 de 2017	Verificar la eficacia de los Sistemas de

																ISO 9001:2015	Gestión y Control Interno
SGSST													X	X		ISO 45001:2018 ISO 9001:2015 Resolución 0312 de 2019	Verificar la eficacia de los Sistemas de Gestión

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: JHON EDISON FONSECA BARON	Nombre: YEISON ROKNEY TORRES SUAREZ	Nombre: YEISON ROKNEY TORRES SUAREZ
Cargo: Jefe de Control Interno	Cargo: Gerente General	Cargo: Gerente General
Firma: Jhon Edison Fonseca B.	Firma:	Firma:

PAIPA S.A. E.S.P. Red Vital	RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P.	CÓDIGO	
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	PE-SIG-MIPG-FO-02	
	ACTA DE COMITÉ INSTITUCIONAL DE COORDINACIÓN DE CONTROL INTERNO	FECHA	14/03/2023
		VERSIÓN	02
		PÁGINA	1 de 2

COMITÉ INSTITUCIONAL DE COORDINACIÓN DE CONTROL INTERNO

Acta No 001

FECHA: 26 /03/2024

HORA: 9.00 AM

LUGAR: Sala de juntas empresa de servicios domiciliarios RED VITAL PAIPA S.A.E.S.P

ASISTENTES:

YEISON ROKNEY TORRES SUÁREZ

Gerente General

DIANA KATHERINE HURTADO FIGUEREDO

Subgerente Administrativa y Comercial

ING.ANDREW MASAMI ASAKURA GARCÍA

Sistema Integrado de Gestión

JHON EDISON FONSECA BARÓN

Líder de Control Interno

INVITADOS

ORDEN DEL DIA:

1. Verificación de asistentes
2. Aprobar el Plan de Auditoría
3. Planteamiento y verificaciones
4. Proposiciones y varios

PAIPA S.A. E.S.P. Red Vital	RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P.	CÓDIGO	
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	PE-SIG-MIPG-FO-02	
	ACTA DE COMITÉ INSTITUCIONAL DE COORDINACIÓN DE CONTROL INTERNO	FECHA	14/03/2023
		VERSIÓN	02
		PÁGINA	2 de 2

DESARROLLO

Siendo las 9.20 am del 26 de marzo del 2024 dándole cumplimiento al orden del día nos reunimos en la sala de juntas de la empresa de servicios red vital. **ING.YEISON ROKNEY TORRES SUÁREZ Gerente General, DOC. DIANA KATHERINE HURTADO FIGUEREDO Subgerente Administrativa y Comercial, ING.ANDREW MASAMI ASAKURA GARCÍA Sistema Integrado de Gestión ING. JHON EDISON FONSECA BARÓN Líder de Control Interno.**

Donde se les dio a conocer el respectivo Manual de Auditorías Internas para la vigencia 2024 que iniciara del mes de marzo hasta el mes de noviembre, hacen la respectiva revisión del documentó físico entregado a cada uno de los asistentes y siendo las 10:30 am se le da la respectiva aprobación por cada uno de ellos, luego se disponen a diligenciar el formato de registro de asistencia con sus firmas respectiva como evidencia de la participación correspondiente , siendo las 11: 30 de mañana se la da fin a la primera reunión del comité de Control Interno de la empresa de servicios públicos domiciliarios RED VITAL PAIPA S.A..E.S.P

PROPOSICIONES Y VARIOS:

Cabe resaltar que los asistentes solicitan tener en cuenta los cambios de horarios laborales de cada área encargada por ellos ya que se puede presentar modificaciones y no se podrían cumplir con las fechas estipuladas en el presente y aprobado programa anual de auditorías internas 2024.

Sin temas más que tratar, se termina la reunión.

YEISON ROKNEY TORRES SUÁREZ FIGUEREDO.
Gerente General

DIANA KATHERINE HURTADO
Subgerente Administrativa y Comercial

ANDREW MASAMI ASAKURA GARCÍA
Sistema Integrado de Gestión

Jhon Edison Fonseca B.
JHON EDISON FONSECA B.
Líder de control interno

PAIPA S.A. E.S.P. Red Vital	RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P.	CÓDIGO
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	PE-SIG-SGC-FO-08
	REGISTRO DE ASISTENCIA	FECHA 14/03/2023
		VERSIÓN 02
		PÁGINA 1 de 1

NOMBRE DEL EVENTO	Socialización del Programa Anual de Auditorias	HORA	9:00 am	FECHA	26 de marzo
REALIZADO POR	Oficina de control interno	TEMAS A TRATAR Programa Anual de Auditorias Internas			
DIRIGIDO A	Comité de Auditoría Interna				

No.	No. IDENTIFICACIÓN	NOMBRE ASISTENTE	ÁREA	CARGO	FIRMA
1	1053611160	Yeison Rokney Torres Suarez	Gerencia General	Gerente.	
2	1053605825	Andrew Mauricio Alarcon Gc	SIG	Profesional SIG	
3	1053 604562	Shen Edison Fonseca B.	Control Interno	Jefe control Interno	Shen Edison F.B
4	1.053. 606 359	Katherine Hurtado figueredo	SUB GERENCIA	Sub Gerent Adtiva	HURTADO F.

PAIPA S.A. E.S.P. Red Vital	RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P.	CÓDIGO	
	GESTIÓN DE SISTEMAS Y COMUNICACIONES	PA-GCOM-FO-01	
	OFICIOS / COMUNICACIONES	FECHA	14/03/2023
		VERSIÓN	02
		PÁGINA	1 de 1

Radicado	-	Número	Marque con X	
	-	RVP0309 /2024	Interna	X
			Externa	

Fecha Emisión	Día	Mes	Año
	09	04	2024

Dirigida a	**JUAN CAMILO CHAPARRO RUIZ** **Analista de laboratorios**
Asunto	**Solicitud de información AUDITORIA INTERNA 2024**

Respetada Ingeniero.

Teniendo en cuenta que se tiene programada el desarrollo de la Auditoría Interna a los laboratorios de la empresa **RED VITAL PAIPA S. A E.S. P** para la vigencia 2024.comedidamente solicito el favor de suministrar la siguiente información.

- Documentación de procedimientos.
- Registros desde el mes de octubre del 2023 hasta la fecha.
- Políticas, Visión, Misión y Alcance.
- Todos los planes.

Por favor entregar antes del 22 de abril del 2024 al correo de la Oficina de Control Interno.
Controlinterno@redvitalpaipa.com

Agradezco su gentil atención y colaboración

Emite	**JHON EDISON FONSECA BARÓN**	Emite	**ANDREW MASAMI ASAKURA GARCIA**
Empleo	Jefe de Control Interno	Empleo	Sistema Integrado de Gestión

Validación	*Nombre Completo / Empleo*	*Vo.Bo.*		*No*	*Anexos*	*Folios*
Elaboró	*Jhon edison fonseca baron/jefe de control interno*	*JEFB*		*1*		

PAIPA S.A. E.S.P. Red Vital	RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P.	CÓDIGO	
	GESTIÓN DE SISTEMAS Y COMUNICACIONES	PA-GCOM-FO-01	
	OFICIOS / COMUNICACIONES	FECHA	14/03/2023
		VERSIÓN	02
		PÁGINA	1 de 1

Radicado	-	Número	Marque con X	
	-	RVP0307/2024	Interna	X
			Externa	

Fecha Emisión	Día	Mes	Año
	09	04	2024

Dirigida a	**JUAN CAMILO CHAPARRO RUIZ** **Analista de laboratorios**
Asunto	**APERTURA AUDITORIA INTERNA.**

Respetada Ingeniero.

En desarrollo de los roles de seguimiento y evaluación propios de la Oficina de Control Interno y del Plan Anual de Auditorías de la Vigencia 2024 me permito informarles que se adelantará proceso de **AUDITORIA INTERNA** a los laboratorios de la empresa de servicios públicos RED VITAL PAIPA S.A.E.S.P.

TIPO DE AUDITORIA	AUDITORIA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN
Objetivo	Realizar la verificación a Proceso de laboratorios, aplicación del marco normativo, procedimientos y en general la forma como se desarrolla al interior, detectando fortalezas y oportunidades de mejora.
Alcance	La auditoría interna aplica para todos los procedimientos de los laboratorios de la empresa de servicios RED VITAL PAIPA S.A.E.S.P.

La auditoría está programada para adelantarse así.

Fase de planeación	Del 10 al 15 de abril 2024
Fase de ejecución	Del 22 al 25 de abril 2024
Informe preliminar	02 de mayo 2024
Informe final	10 de mayo 2024

La auditoría se realizará con base en el análisis de diferentes muestras aleatorias seleccionadas por el auditor y se fundamentan en los soportes documentales teles como; expediente fuente, procesos y procedimientos, reportes de los sistemas de información, creces y validaciones, normatividad interna y externa que regulan la materia.

En aplicación al decreto 648 de 2017 art.2.2.21.4.8 la oficina de control interno incorpora los siguientes instrumentos código de ética del auditor.
Por tal motivo le solicito su mayor colaboración con el desarrollo de la misma, y con el suministro oportuno de la información requerida.
Por favor diligenciar el formato denominado **CARTA DE REPRESENTACIÓN** y remitirlo a la Oficina de Control Interno.

Cualquier inquietud estaré atento. Agradezco su gentil atención.

Jhon Edison Fonseca Barón

Emite	JHON EDISON FONSECA BARÓN	Emite	ANDREW MASAMI ASAKURA GARCIA
Empleo	Jefe de Control Interno	Empleo	Sistema Integrado de Gestión

Validación	Nombre Completo / Empleo	Vo.Bo.	No	Anexos	Folios
Elaboró	Jhon edison fonseca baron/jefe de control interno	JEFB	1		

PAIPA S.A. E.S.P. Red Vital	RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P.	CÓDIGO	
	GESTIÓN DE SISTEMAS Y COMUNICACIONES	PA-GCOM-FO-01	
	OFICIOS / COMUNICACIONES	FECHA	14/03/2023
		VERSIÓN	02
		PÁGINA	1 de 1

Radicado	-	Número	Marque con X	
	-	RVP0308/2024	Interna	X
			Externa	

Fecha Emisión	Día	Mes	Año
	09	04	2024

DIRIGIDA A	**ANALISTA DE LABORATORIOS**
Asunto	**CARTA DE REPRESENTACIÓN**

CARTA DE REPRESENTACIÓN

Fecha: 19/04/2024

ING. JHON EDISON FONSECA BARON

Jefe de control interno

Cordial saludo:

Mediante la presente carta me permito confirmar que para el desarrollo de la auditoria que se va realizar por parte de control interno al proceso

laboratorio

El día 22 del mes de abril de año 2024, que tiene como objetivo:

Realizar la verificación a procesos a laboratorios, aplicación marcos normativos procedimiento y en general la forma como se desarrolla al interior, detectando fortalezas y oportunidades de mejora.

Declaro lo siguiente:

Somos responsables de la oportuna preparación, presentación y consistencia de la información que se entrega en el marco de la AUDITORIA A LA OFICINA DE CONTROL INTERNO.

1. Se hará entrega oficialmente de toda la información relacionada con la gestión del proceso a evaluar, atendiendo los requerimientos hechos por la oficina de la unidad de control interno.
2. La información a suministrar será válida, integral y completa para los propósitos del proceso auditar.

Emite	**JUAN CAMILO CHAPARRO RUIZ**
Empleo	Analista de laboratorio

Validación	*Nombre Completo / Empleo*	*Vo.Bo.*		*No*	*Anexos*	*Folios*
Elaboró	*JUAN CAMILO CHAPARRO RUIZ*	*JEFB*		*1*		

PAIPA S.A. E.S.P. Red Vital	RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P.	CÓDIGO	
	CONTROL INTERNO	PV-CI-AI-FO-01	
	ACTA DE APERTURA O CIERRE DE AUDITORÍA	FECHA	14/03/2023
		VERSIÓN	02
		PÁGINA	1 de 1

Fecha de inicio / terminación: 23 de Abril 2024		**Hora de inicio/ terminación : 09:00 AM**	
JHON EDISON FONSECA BARÓN			
Auditor	**Firma**	**Auditados**	**Firma**
JHON EDISON FONSECA BARÓN **Auditor Lider**		**JUAN CAMILO CHAPARRO RUIZ** **Analista de Laboratorio**	
ANDREW MASAMI ASAKURA GARCIA **Auditor Interno**			

ALCANCE DE LA AUDITORIA

La Auditoria Interna aplica para todos los procedimientos de los laboratorios de la empresa de servicios RED VITAL PAIPA S.A.E.S.P

OBJETIVOS DE LA AUDITORIA

Realizar la verificación a los procesos de laboratorios, aplicación del marco normativo, procedimientos y en general la forma como se desarrolla al interior, detectando fortalezas y oportunidades de mejora.

METODOS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA AUDITORIA

	RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P.	CÓDIGO	
PAIPA S.A. E.S.P. Red Vital	CONTROL INTERNO	PV-CI-AI-FO-01	
	ACTA DE APERTURA O CIERRE DE AUDITORÍA	FECHA	14/03/2023
		VERSIÓN	02
		PÁGINA	1 de 1

El dia 09 de abril del 2024 mediante un comunicado formalizado a traves del oficio RVP0307/2024, se informa la apertura del proceso de auditoria.,el cual se desarrolla deacuerdo a las etapas establecidas ,siendo las 09:00 am del dia 23 de abril se da apertura a la auditoria efectuada al proceso en meción,en cumplimiento al plan anual de auditorias de la vigencia 2024.

En aplicación al decreto 648 de 2017 ,articulo 2.2.21.4.8 la Oficina de Control Interno incorpora los siguientes instrumentos para la actividad de la Auditoria Interna : codigo de etica del Auditor Interno y procedimiento del auditor interno PV-CI-MC-PR-01.
Fase de ejecución del 23 al 24 de abril.
Cronograma del plan de trabajo a desarrollar :

PROCEDIMIENTO	RESPONSABLE	FECHA
LABORATORIO **(Organización y Gestón)(Talento Humano)(Infraestructura Y Dotación)(Referencia y Contrareferencia)**	JUAN CAMILO CHAPARRO RUIZ Analista de Laboratorio	23/04/2024
LABORATORIO**(Bioseguridad y Manejo de Residuos)(Procesos Prioritarios)**	JUAN CAMILO CHAPARRO RUIZ Analista de Laboratorio	24/04/2024

Documentos solicitados.

- Tabla de Retención Documental

JUAN CAMILO CHAPARRO RUIZ
Responsable de Proceso o Área Auditada

JHON EDISON FONSECA BARÓN
Auditor

PAIPA S.A. E.S.P. Red Vital	RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P.	CÓDIGO	
	CONTROL INTERNO	PV-CI-AI-FO-02	
	LISTA DE CHEQUEO PARA AUDITORIAS INTERNAS	FECHA	14/03/2023
		VERSIÓN	02
		PÁGINA	1 de 1

ENTIDAD	Red Vital Paipa S.A. E.S.P.
NIT	900259348
REPRESENTANTE LEGAL	Yeison Rokney Torres Suarez
MODALIDAD DE AUDITORÍA	Auditoría Interna en Estándares de Calidad de la Salud Pública en base a la Resolución 1619 de 2015
VIGENCIA AUDITADA	2023
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	23 de Abril de 2024
FECHA DE AUDITORÍA	23 y 24 de Abril de 2024
PROCESO / SUBPROCESO AUDITADO	Laboratorio
AUDITOR LÍDER	Jhon Edison Barón Fonseca
AUDITOR INTERNO SIG/ ISOIEC 17025:2017	Andrew Masami Asakura Garcia
LÍDER DEL PROCESO AUDITADO	Juan Camilo Chaparro Ruiz

1. ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN

Comprenden aquellos aspectos administrativos y de gestión que hacen referencia al funcionamiento y los procesos que garantizan la realización de todas las actividades correspondientes al quehacer de los laboratorios, con eficiencia, calidad y oportunidad

ÍTEM	REQUISITO	C	N	NA	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE REAL
1.1 A	El laboratorio está legalmente constituido		X		0	3

VERIFICACIÓN:

Verificación documento legal

ACCIÓN DE MEJORA:

Solicitar la documentación de la creación de la Entidad, en donde se estipule el área de Laboratorio. (Organigrama).

Tener a disposición de la información sustentada del Laboratorio.

ÍTEM	REQUISITO	C	N	NA	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE REAL
1.2 A	El laboratorio cuenta con certificación o acreditación de su sistema de gestión de calidad (17025 - 9001)		X		0	3

VERIFICACIÓN:

Presentación Certificado ISO 9001 o Acreditación ISO/IEC 17025

ACCIÓN DE MEJORA:

Solicitar del Certificado de Calidad de la Gerencia.

ÍTEM	REQUISITO	C	N	NA	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE REAL
1.3 A	El laboratorio establece e implementado un sistema de gestión de calidad, evidenciado en una plataforma documental aprobada que dé respuesta a las necesidades del mismo en coherencia con el portafolio de servicios		X		2	3

PAIPA S.A. E.S.P. Red Vital	RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P.	CÓDIGO	
	CONTROL INTERNO	PV-CI-AI-FO-02	
	LISTA DE CHEQUEO PARA AUDITORIAS INTERNAS	FECHA	14/03/2023
		VERSIÓN	02
		PÁGINA	1 de 1

VERIFICACIÓN:

Documento de Implementación del SGC.

ACCIÓN DE MEJORA:

Solicitar del Certificado de Calidad de la Gerencia.

ÍTEM	REQUISITO	C	N	NA	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE REAL
1.4 A	El laboratorio hace parte del organigrama de la entidad, con los niveles de autoridad e interrelaciones asignadas a cada uno de los integrantes de la estructura funcional	X			3	3

VERIFICACIÓN:

Organigrama de la Entidad.

ACCIÓN DE MEJORA:

Verificar el Organigrama actualizado con la Resolución establecida.

ÍTEM	REQUISITO	C	N	NA	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE REAL
1.5 A	El laboratorio tiene todos los procedimientos técnicos administrativos de las pruebas realizadas, desde la toma de muestras, procesamientos y emisión de resultados, documentados y aprobados	X			1	3

VERIFICACIÓN:

Lista Maestra de Documentación del LAB.

ACCIÓN DE MEJORA:

Solicitar de la Resolución de la Información Documentada, procedimiento de la Información Documentada, Información Documentación de Origen Externo. Procedimientos: 17.

ÍTEM	REQUISITO	C	N	NA	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE REAL
1.6 A	El laboratorio establece directrices y procedimientos que garantizan la protección de la información de los resultados emitidos de manera directa o indirecta / vía electrónica, vía telefónica)	X			1	3

VERIFICACIÓN:

Procedimientos de LAB.

ACCIÓN DE MEJORA:

Solicitar el Procedimiento de la Información de los Resultados.

ÍTEM	REQUISITO	C	N	NA	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE REAL
1.7 A	Desde la coordinación o dirección del laboratorio se desarrollan las actividades necesarias para garantizar que la totalidad del recurso humano del laboratorio conoce, comprende e implementa los procesos, programas, procedimientos y documentación del SGC	X			1	3

PAIPA S.A. E.S.P. Red Vital	RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P.	CÓDIGO	
	CONTROL INTERNO	PV-CI-AI-FO-02	
	LISTA DE CHEQUEO PARA AUDITORIAS INTERNAS	FECHA	14/03/2023
		VERSIÓN	02
		PÁGINA	1 de 1

VERIFICACIÓN:

Plan de Capacitación Institucional.

ACCIÓN DE MEJORA:

Solicitar el soporte de Capacitación del SGC. Evaluación del SGC a los líderes de procesos.

ÍTEM	REQUISITO	C	N	NA	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE REAL
1.8 A	Desde la dirección o coordinación del laboratorio se garantiza la implementación del Manual de calidad o un documento equivalente que describe el SGC que incluya alcance, definición de responsabilidades, política y objetivos de calidad, estructura de la documentación, seguimiento y medición, análisis de datos y control de registros entre otros.	X			1	3

VERIFICACIÓN:

Manual de Calidad.

ACCIÓN DE MEJORA:

Manual de Calidad Actualizado de parte del SIG / LAB

ÍTEM	REQUISITO	C	N	NA	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE REAL
1.9 A	El laboratorio tiene una política de calidad que sea adecuada para el objeto de la entidad, coherente con el plan de desarrollo de la entidad, incluye compromiso de cumplir con los requisitos de los clientes y mejora del sistema (eficiencia, eficacia, efectividad) adecuada continuamente y emitida por la alta dirección, debidamente socializada y emitida por todo el personal que lo integra.	X			1	3

VERIFICACIÓN:

Política de Calidad.

ACCIÓN DE MEJORA:

Solicita la documentación con la Política de Calidad y Socialización

ÍTEM	REQUISITO	C	N	NA	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE REAL
1.10 A	El laboratorio tiene definido dentro del SGC un procedimiento implementado de auditorías internas	X			3	3

VERIFICACIÓN:

Proceso de Control Interno.

ACCIÓN DE MEJORA:

Solicita a Control Interno el Procedimiento de Auditoria Internas y evidencias.

ÍTEM	REQUISITO	C	N	NA	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE REAL
1.11 B	El laboratorio realiza control documental del archivo físico y magnético preservado de acuerdo a la Normatividad vigente y las tablas de retención documental establecidas en la institución	X			1	2
VERIFICACIÓN:						
Proceso de Gestión Documental.						
ACCIÓN DE MEJORA:						
Solicitud de Resolución de las Tablas Documental firmadas el 2021. Solicitud dl FUID de parte de Control Interno.						

ÍTEM	REQUISITO	C	N	NA	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE REAL
1.12 B	El laboratorio evalúa los resultados de su gestión frente a los objetivos y las responsabilidades según su competencia por medio de indicadores y toma acciones frente a los resultados obtenidos.	X			2	2
VERIFICACIÓN:						
Indicadores de Gestión.						
ACCIÓN DE MEJORA:						
Indicadores de Laboratorio diligenciados. Solicitar a Planeación y Proyectos						

ÍTEM	REQUISITO	C	N	NA	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE REAL
1.13 B	El laboratorio implementa y desarrolla una política de gestión de Riesgo a través de planes para el adecuado tratamiento de riesgos que garantizan el cumplimiento de su misión y objetivos dentro de la organización	x			1	2
VERIFICACIÓN:						
Gestión del Riesgo de la Entidad.						
ACCIÓN DE MEJORA:						
Procedimiento de Gestión del Riesgo. Matriz de Riesgos y Oportunidades. Realizar seguimiento de informe de gestión 2023 de Laboratorio.						

ÍTEM	REQUISITO	C	N	NA	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE REAL
1.14 A	El laboratorio planifica y hace seguimiento a la adquisición de: dotación y mantenimiento de equipos, capacitaciones, reactivos, estándares e insumos suficientes para realizar las actividades requeridas a sus actividades misionales	X			1	3
VERIFICACIÓN:						
Proceso de Gestión Contractual.						
ACCIÓN DE MEJORA:						
Solicitar el Manual de Contratación actualizado (Necesariamente aprobado). Solicitar los Contratos de Suministros de Laboratorio.						

ÍTEM	REQUISITO	C	N	NA	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE REAL

1.15 A	El laboratorio mantiene un control de inventario de reactivos, insumos y materiales empleados en la realización de ensayos		X		0	3
VERIFICACIÓN:						
Contratos de Suministros con Fichas Técnicas de los Elementos.						
ACCIÓN DE MEJORA:						
Revisión de inventarios de reactivos, equipos, materiales, cristalería. Realizar entrega de los registros de reporte de inventarios. Procedimiento de Baja de Elementos.						

ÍTEM	REQUISITO	C	N	NA	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE REAL
1.16 B	El laboratorio realiza la evaluación técnica para la compra de insumo, reactivos, materiales, servicios y equipos necesarios para su funcionamiento	X			1	2
VERIFICACIÓN:						
Concepto técnico mediante los Estudios Previos.						
ACCIÓN DE MEJORA:						
Solicitud de Evaluación de Proveedores. Tener en mano Procedimientos Técnicos. Manual de Equipos. Reactivos. Fichas Técnicas.						

ÍTEM	REQUISITO	C	N	NA	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE REAL
1.17 B	El laboratorio documenta, implementa y desarrolla una estrategia de mejora continua tales como Acciones correctivas o de mejora	X			2	2
VERIFICACIÓN:						
Proceso de Control Interno / SIG.						
ACCIÓN DE MEJORA:						
Tener el Plan de Mejoramiento de Laboratorio ISO y el Plan de Mejoramiento de Secretaría de Salud.						

ÍTEM	REQUISITO	C	N	NA	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE REAL
1.18 A	El laboratorio tiene definido planes de contingencia interna frente a emergencias sanitarias y/o catástrofes naturales para el funcionamiento del mismo, en cuanto a la asignación de suplentes para funciones claves, remisión de ensayos a otros laboratorios	X			3	3
VERIFICACIÓN:						
Lista Maestra de Documentación / Gestión Ambiental.						
ACCIÓN DE MEJORA:						
Plan de Contingencia de Laboratorio Actualizado.						

ÍTEM	REQUISITO	C	N	NA	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE REAL
1.19 A	El laboratorio asegura la confidencialidad de los resultados obtenidos en el proceso analítico	X			3	3
VERIFICACIÓN:						
Documentación de Confidencialidad.						
ACCIÓN DE MEJORA:						
Acta de Confidencialidad.						

ÍTEM	REQUISITO	C	N	NA	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE REAL
1.20 A	El laboratorio realiza aseguramiento de la calidad para todas las pruebas que realiza trazabilidad metrológica.	X			1	3
VERIFICACIÓN:						
Trazabilidad Metrológica para las muestras.						
ACCIÓN DE MEJORA:						
Fichas Técnicas / Materiales de Referencia.						

ÍTEM	REQUISITO	C	N	NA	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE REAL
1.21 A	El laboratorio realiza aseguramiento de la calidad para todas las pruebas que realiza aseguramiento del método	X			1	3
VERIFICACIÓN:						
Pruebas Interaboratorio para Microbiología.						
ACCIÓN DE MEJORA:						
Tener en mano todos los POES.						

ÍTEM	REQUISITO	C	N	NA	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE REAL
1.22 A	El laboratorio aseguramiento de la calidad para todas las pruebas que realiza aseguramiento del método: Técnicas analíticas estandarizadas, verificadas o validadas.	X			3	3
VERIFICACIÓN:						
Métodos estandarizados de LAB.						
ACCIÓN DE MEJORA:						
Materiales de Referencia que se incluyen con los POES.						

ÍTEM	REQUISITO	C	N	NA	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE REAL

1.23 A	El laboratorio realiza aseguramiento de la calidad para todas las pruebas que realiza control de datos	X			3	3
VERIFICACIÓN:						
Control de la información, análisis de datos, equipos calibrados confiables.						
ACCIÓN DE MEJORA:						
PICCAP / Registro y resultados.						
ÍTEM	**REQUISITO**	**C**	**N**	**NA**	**PUNTAJE OBTENIDO**	**PUNTAJE REAL**
1.24 A	El laboratorio realiza aseguramiento de la calidad para todas las pruebas que realizadas evaluaciones de desempeño: Participación, desempeño y Acciones tomadas (documentadas) en caso de resultados no satisfactorios y cuestionables	X			3	3
VERIFICACIÓN:						
PICCAP.						
ACCIÓN DE MEJORA:						
Reportar resultados medio digital y físico según naturaleza de la solicitud PICCAP.						
ÍTEM	**REQUISITO**	**C**	**N**	**NA**	**PUNTAJE OBTENIDO**	**PUNTAJE REAL**
1.25 A	El laboratorio establece directrices y procedimientos que garantizan la protección de la información de los resultados emitidos de manera directa (impreso) o indirecta (vía electrónica, vía telefónica)	X			3	3
VERIFICACIÓN:						
Documentación estandarizada de Resultados.						
ACCIÓN DE MEJORA:						
Procedimiento de Reporte de Resultados / Digital Físico.						
ÍTEM	**REQUISITO**	**C**	**N**	**NA**	**PUNTAJE OBTENIDO**	**PUNTAJE REAL**
1.26 A	El laboratorio cuenta con un procedimiento que defina el contenido y responsabilidades, para la generación, emisión, aprobación y entrega de los informes o reportes de resultados	X			3	3
VERIFICACIÓN:						
Responsable de la Emisión y Aprobación de los resultados.						
ACCIÓN DE MEJORA:						
Procedimiento de Reporte de Resultados / Digital Físico.						
2. TALENTO HUMANO						

Son aquellos requisitos inherentes a las políticas de personal, descripción de puestos de trabajo y criterios que demuestren la competencia del talento humano que labora en el laboratorio

ÍTEM	REQUISITO	C	N	NA	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE REAL
2.1 A	El laboratorio cuenta con Manual de Perfiles de puestos de trabajo, con el personal administrativo, técnico y profesional, con el debido nivel de competencia para el desarrollo de las funciones asignadas y de acuerdo al cargo.	X			3	3

VERIFICACIÓN:

Proceso de Gestión del Talento Humano.

ACCIÓN DE MEJORA:

Tener el Manual de Funciones y Competencias Laborales.

ÍTEM	REQUISITO	C	N	NA	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE REAL
2.2 A	El laboratorio cuenta con un profesional designado para coordinar y dirigir las actividades desarrolladas por la organización	X			3	3

VERIFICACIÓN:

Historias Laborales.

ACCIÓN DE MEJORA:

CV del Analista de Laboratorio / Solicitar Certificado Laboral del Cargo.

ÍTEM	REQUISITO	C	N	NA	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE REAL
2.3 A	El personal que realiza las tareas específicas en el área administrativa y el apoyo del laboratorio, está calificado sobre la base de una formación y experiencia apropiada, demostradas según el cargo lo requiera	X			3	3

VERIFICACIÓN:

Historias Laborales.

ACCIÓN DE MEJORA:

CV del Apoyo de Laboratorio / Solicitar Certificado Laboral del Cargo.

ÍTEM	REQUISITO	C	N	NA	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE REAL
2.4 A	El laboratorio cuenta con profesionales, técnicos o tecnólogos con formación demostrable en cada una de las áreas de su competencia para el desarrollo de los ensayos de análisis de agua para consumo humano	X			3	3

VERIFICACIÓN:

Historias Laborales.

ACCIÓN DE MEJORA:

PAIPA S.A. E.S.P. Red Vital	RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P.	CÓDIGO	
	CONTROL INTERNO	PV-CI-AI-FO-02	
	LISTA DE CHEQUEO PARA AUDITORIAS INTERNAS	FECHA	14/03/2023
		VERSIÓN	02
		PÁGINA	1 de 1

CV del Analista de Laboratorio / Solicitar Certificado Laboral del Cargo.

ÍTEM	REQUISITO	C	N	NA	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE REAL
2.5 A	Desde la dirección o coordinación del laboratorio está asignado un responsable en calidad con formación específica certificada en la Norma ISO/IEC 17025 vigente y con autoridad delegada para implementar y hacer seguimiento a los requisitos de las normas de calidad de todo el laboratorio	X			3	3

VERIFICACIÓN:

Historias Laborales.

ACCIÓN DE MEJORA:

CV del Profesional SIG / Solicitar Certificado Laboral del Cargo.

ÍTEM	REQUISITO	C	N	NA	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE REAL
2.6 A	Desde la dirección o coordinación del laboratorio está asignado un director/ responsable técnico necesario para la supervisión del cumplimiento de las diversas actividades de las áreas	X			3	3

VERIFICACIÓN:

Historias Laborales.

ACCIÓN DE MEJORA:

CV del Subgerente Operativo / Solicitar Certificado Laboral del Cargo.

ÍTEM	REQUISITO	C	N	NA	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE REAL
2.7 A	El laboratorio dispone de una persona con el conocimiento técnico y/o profesional, debidamente certificado en temas ambientales encargada de liderar la gestión ambiental	X			3	3

VERIFICACIÓN:

Historias Laborales.

ACCIÓN DE MEJORA:

CV del Profesional Ambiental / Solicitar Certificado Laboral del Cargo.

ÍTEM	REQUISITO	C	N	NA	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE REAL
2.8 B	El laboratorio documenta e implementa los procesos de entrenamiento e inducción técnica para todo el personal que ingresa o cambia de actividad independiente de su modalidad de vinculación	X			1	2

VERIFICACIÓN:

Plan de Inducción y Reinducción.

ACCIÓN DE MEJORA:

Preguntar por Inducción Técnica de Laboratorio.

ÍTEM	REQUISITO	C	N	NA	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE REAL
2.9 B	El laboratorio dispone de personal de apoyo para servicios generales (aseo, mantenimiento general, vigilancia) de sus instalaciones permanentemente	X			2	2

VERIFICACIÓN:

Planta de Personal de Aseo.

ACCIÓN DE MEJORA:

Traer Funcionaria de Aseo.

ÍTEM	REQUISITO	C	N	NA	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE REAL
2.10 B	El personal que integra el laboratorio participa en programas de educación continuada o capacitaciones técnicas con periodicidad mínima semestral y evalúa su eficacia.	X			2	2

VERIFICACIÓN:

Plan de Capacitación Institucional.

ACCIÓN DE MEJORA:

Plan de Capacitación / Temas de Laboratorio / ISO 9001:2015.

ÍTEM	REQUISITO	C	N	NA	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE REAL
2.11 B	El laboratorio realiza seguimiento al desempeño técnico con periodicidad definida al personal del laboratorio tanto profesional, técnico o de apoyo al laboratorio, independiente de su modalidad de vinculación	X			2	2

VERIFICACIÓN:

Evaluación de Desempeño de la Entidad.

ACCIÓN DE MEJORA:

Evaluación de Desempeño del Funcionario.

3. INFRAESTRUCTURA Y DOTACIÓN

Se requiere a los requisitos mínimos de las instalaciones físicas en cuanto a: organización de secciones y áreas funcionales del espacio físico en donde se desarrollan las actividades del laboratorio con su respectiva dotación, mantenimiento y sistemas de comunicación y registro

ÍTEM	REQUISITO	C	N	NA	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE REAL

3.1 A	La construcción o remodelación de la planta física del laboratorio se realizó cumpliendo las especificaciones de la Norma vigente en sismo resistencia.		X		1	3

VERIFICACIÓN:

Documentación de Construcción de la PTAP.

ACCIÓN DE MEJORA:

Preguntar por Planeación / Estudio de Suelos y Estructuras y Construcción de la PTAP / Donde soporte que sea Sismo Resistente.

ÍTEM	REQUISITO	C	N	NA	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE REAL
3.2 A	Las instalaciones del laboratorio están distribuidas por secciones o áreas de acuerdo a sus actividades técnicas, que son debidamente identificadas con separación eficaz en donde se realizan actividades diferentes o incompatibles para evitar cualquier tipo de contaminación cruzada.	X			3	3

VERIFICACIÓN:

Proceso del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

ACCIÓN DE MEJORA:

Visita de Laboratorio de parte de Daniela / Evidencia Fotográfica.

ÍTEM	REQUISITO	C	N	NA	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE REAL
3.3 A	El laboratorio cuenta con un área específica para pesaje que garantice el óptimo funcionamiento de las balanzas.	X			3	3

VERIFICACIÓN:

Proceso del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

ACCIÓN DE MEJORA:

Visita de Laboratorio de parte de Daniela / Evidencia Fotográfica.

ÍTEM	REQUISITO	C	N	NA	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE REAL
3.4 B	El laboratorio realiza el registro, seguimiento y control de las condiciones ambientales, además mantiene iluminación adecuada para todas las Acciones según lo requieran los procedimientos o características técnicas de los equipos.	X			2	2

VERIFICACIÓN:

Proceso de Gestión Ambiental.

ACCIÓN DE MEJORA:

Tener el equipo calibrado y el reporte al día diligenciado / Evidencia Fotográfica.

ÍTEM	REQUISITO	C	N	NA	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE REAL
3.5 B	Todas las secciones o áreas del laboratorio están dotadas con tomas de agua o desagües que permitan fácil limpieza de los materiales en procedimientos de lavado y descontaminación.	X			2	2

VERIFICACIÓN:

Proceso del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

ACCIÓN DE MEJORA:

Visita de Laboratorio / Procedimiento de Limpieza y Desinfección.

ÍTEM	REQUISITO	C	N	NA	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE REAL
3.6 A	El laboratorio cuenta con áreas separadas e independientes para le lavado del material de las áreas fisicoquímico y microbiológico para consumo humano y otras	X			3	3

VERIFICACIÓN:

Infraestructura del Laboratorio.

ACCIÓN DE MEJORA:

Visita de Laboratorio / Separación de Área Físico-Química y Área Microbiológica / Evidencia Fotográfica.

ÍTEM	REQUISITO	C	N	NA	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE REAL
3.7 B	Las secciones y áreas técnicas del laboratorio tienen implementado un sistema de ventilación adecuada		X		1	2

VERIFICACIÓN:

Infraestructura del Laboratorio.

ACCIÓN DE MEJORA:

Revisar el tema con ventanas / Evidencia Fotográfica.

ÍTEM	REQUISITO	C	N	NA	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE REAL
3.8 B	El laboratorio tiene espacios de almacenamiento en condiciones adecuadas para asegurar la continua integridad de muestras que quieren ser almacenadas.	X			3	2

VERIFICACIÓN:

Infraestructura del Laboratorio.

ACCIÓN DE MEJORA:

Sitios adecuados para el Almacenamiento de los insumos y reactivos / Evidencia Fotográfica.

ÍTEM	REQUISITO	C	N	NA	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE REAL
3.9 B	El laboratorio tiene espacios de almacenamiento en condiciones adecuadas para asegurar la continua integridad de elementos, insumos y reactivos	x			2	2

VERIFICACIÓN:

Infraestructura del Laboratorio.

ACCIÓN DE MEJORA:

PAIPA S.A. E.S.P. Red Vital	RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P.	CÓDIGO	
	CONTROL INTERNO	PV-CI-AI-FO-02	
	LISTA DE CHEQUEO PARA AUDITORIAS INTERNAS	FECHA	14/03/2023
		VERSIÓN	02
		PÁGINA	1 de 1

Sitios adecuados para el Almacenamiento de los insumos y reactivos / Evidencia Fotográfica.

ÍTEM	REQUISITO	C	N	NA	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE REAL
3.10 B	El laboratorio tiene espacios de almacenamiento en condiciones adecuadas de: documentos, registros, resultados tanto en medio físico como electrónicos	X			2	2

VERIFICACIÓN:

Infraestructura del la Oficina del Laboratorio.

ACCIÓN DE MEJORA:

Sitios adecuados para el escritorio, PC, archivo de gestión documental, cristalería / Evidencia Fotográfica.

ÍTEM	REQUISITO	C	N	NA	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE REAL
3.11 B	El laboratorio debe garantizar el suministro continuo de los servicios públicos	X			2	2

VERIFICACIÓN:

Servicios Públicos al día.

ACCIÓN DE MEJORA:

Recibos de la luz.

ÍTEM	REQUISITO	C	N	NA	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE REAL
3.12 A	El laboratorio cuenta con la dotación y equipamiento suficiente para garantizar las actividades del laboratorio	x			3	3

VERIFICACIÓN:

Dotación de elementos del LAB.

ACCIÓN DE MEJORA:

Dotación de reactivos, insumos y equipos para la realización de las pruebas / Inventarios actualizados.

ÍTEM	REQUISITO	C	N	NA	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE REAL
3.13 A	El laboratorio tiene documentadas las hojas de vida de equipos con datos de identificación, referencial e historial de las operaciones de confirmación metrológica aplicables	x			2	3

VERIFICACIÓN:

Dotación de elementos del LAB.

ACCIÓN DE MEJORA:

Hojas de vida de equipos y confirmaciones metrológicas.

ÍTEM	REQUISITO	C	N	NA	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE REAL
3.14 B	El laboratorio cuenta con manuales de uso o tienen documentado el procedimiento de manipulación, cuidado y utilización segura de cada uno de los equipos, señalando las precauciones que se deben tener en cuenta. Esto es conocido y está disponible para el usuario	X			2	2

VERIFICACIÓN:

Lista Maestra de Documentación / LAB.

ACCIÓN DE MEJORA:

Lista Maestra de Documentación Externa.

ÍTEM	REQUISITO	C	N	NA	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE REAL
3.15 A	El laboratorio cuenta con un plan metrológico implementado, para garantizar el adecuado funcionamiento de los equipos, confiabilidad y seguridad de las mediciones.	x			3	3

VERIFICACIÓN:

Lista Maestra de Documentación / LAB.

ACCIÓN DE MEJORA:

Plan Metrológico Actualizado.

ÍTEM	REQUISITO	C	N	NA	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE REAL
3.16 B	El laboratorio tiene implementado un plan de mantenimiento a sus instalaciones físicas		X		0	2

VERIFICACIÓN:

Lista Maestra de Documentación / LAB.

ACCIÓN DE MEJORA:

PAIPA S.A. E.S.P. Red Vital	RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P.	CÓDIGO	
	CONTROL INTERNO	PV-CI-AI-FO-02	
	LISTA DE CHEQUEO PARA AUDITORIAS INTERNAS	FECHA	14/03/2023
		VERSIÓN	02
		PÁGINA	1 de 1

Realizar Plan de Mantenimiento de Instalaciones Físicas / Asignación de responsable.

ÍTEM	REQUISITO	C	N	NA	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE REAL
3.17 B	El laboratorio tiene implementado un sistema de comunicación, informática y conectividad garantizando la comunicación al interior y al exterior del mismo, con todos sus usuarios de acuerdo a su ubicación geográfica y el grado de complejidad	X			1	2

VERIFICACIÓN:

Proceso de Sistemas y Comunicaciones.

ACCIÓN DE MEJORA:

Acceso del Internet en la oficina por medio Modem

ÍTEM	REQUISITO	C	N	NA	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE REAL
3.18 C	El laboratorio cuenta con programas periódicos de mantenimiento, actualización y protección de software	3			1	1

VERIFICACIÓN:

Proceso de Sistemas y Comunicaciones.

ACCIÓN DE MEJORA:

Procedimiento de Mantenimiento y Actualización de Software.

ÍTEM	REQUISITO	C	N	NA	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE REAL
3.19 C	El laboratorio mantiene copias de seguridad de la información generada y además determina los niveles de acceso de acuerdo a las responsabilidades del personal que maneja la información.	3			1	1

VERIFICACIÓN:

Proceso de Sistemas y Comunicaciones.

ACCIÓN DE MEJORA:

Plan de Seguridad y Privacidad de la Información / Procedimiento para copias de seguridad.

4. REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Evalúa el cumplimiento de los estándares de calidad y bioseguridad definidos para la recolección, manipulación, remisión, transporte y conservación de muestras.

ÍTEM	REQUISITO	C	N	NA	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE REAL
4.1 A	El laboratorio documenta e implementa a través de manuales los procesos y procedimientos de la recepción, manipulación, transporte y conservación de muestras "ítems de ensayo" y tiempos de entrega de resultados en condiciones de calidad, seguridad, oportunidad y eficiencia.		X		0	3

VERIFICACIÓN:

Lista Maestra de Documentación / LAB.

ACCIÓN DE MEJORA:

Terminar Procedimiento pendiente con SIG.

ÍTEM	REQUISITO	C	N	NA	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE REAL
4.2 B	El laboratorio tiene documentado e implementado el proceso de referencia y contra referencia de acuerdo a su capacidad técnica para la prestación de los servicios, que incluya: ensayo o pruebas que remita a otros laboratorios, reporte de ensayos remitidos, revisión de la solicitud del servicio y condiciones para la remisión de muestras.		X		0	2

VERIFICACIÓN:

Lista Maestra de Documentación / LAB.

ACCIÓN DE MEJORA:

Falta procedimiento para Referencia y Contrarreferencia.

ÍTEM	REQUISITO	C	N	NA	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE REAL
4.3 B	Desde la coordinación o dirección del laboratorio se asegura que todos los procedimientos o lineamientos incluidos en la referencia y contra referencia son del conocimiento del personal involucrado en la actividad.	X			2	2

VERIFICACIÓN:

Lista Maestra de Documentación / LAB.

ACCIÓN DE MEJORA:

Conocimiento de los procedimientos del SGC / Unidad de Almacenamiento SIG-DOCUMENTOS.

ÍTEM	REQUISITO	C	N	NA	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE REAL
4.4 B	El laboratorio tiene documentado el procedimiento de cadena de custodia para las muestras que lo requieran de acuerdo a las exigencias de la ley		X		0	2

VERIFICACIÓN:

Lista Maestra de Documentación / LAB.

ACCIÓN DE MEJORA:

Hacer el Procedimiento de Cadena de Custodia.

ÍTEM	REQUISITO	C	N	NA	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE REAL
4.5 A	El laboratorio tiene establecidos procedimientos para la verificación de la trazabilidad de las muestras	X			3	3

VERIFICACIÓN:

Lista Maestra de Documentación / LAB.

ACCIÓN DE MEJORA:

Procedimiento Informe de Resultados.

5. BIOSEGURIDAD Y MANEJO DE RESIDUOS

Define la implementación de medidas, procedimientos básicos de bioseguridad y manejo de residuos de acuerdo a la Normatividad vigente

ÍTEM	REQUISITO	C	N	NA	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE REAL
5.1 A	El laboratorio cuenta con un manual o procedimiento de bioseguridad aprobado, implementado y divulgado	x			3	3

VERIFICACIÓN:

Lista Maestra de Documentación / LAB.

ACCIÓN DE MEJORA:

Manual de Bioseguridad de Laboratorio.

ÍTEM	REQUISITO	C	N	NA	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE REAL
5.2 A	El manual de bioseguridad describe en su contenido: el tipo de muestras que se manipulan en el laboratorio y está ajustado a la especificidad y grado de complejidad del mismo.	x			3	3

VERIFICACIÓN:

Manual de Bioseguridad de Laboratorio.

ACCIÓN DE MEJORA:

Manual de Bioseguridad de Laboratorio actualizado.

ÍTEM	REQUISITO	C	N	NA	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE REAL
5.3 A	El personal del laboratorio usa los elementos de protección primaria de acuerdo al nivel de riesgo de los agentes químicos o infecciosos que manejen	X			3	3

VERIFICACIÓN:

Proceso de Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

ACCIÓN DE MEJORA:

EPPS aplicables para LAB.

ÍTEM	REQUISITO	C	N	NA	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE REAL
5.4 A	El laboratorio cuenta cabinas de bioseguridad para el manejo y procesamiento de muestras infecciosas	X			3	3

PAIPA S.A. E.S.P. Red Vital	RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P.	CÓDIGO	
	CONTROL INTERNO	PV-CI-AI-FO-02	
	LISTA DE CHEQUEO PARA AUDITORIAS INTERNAS	FECHA	14/03/2023
		VERSIÓN	02
		PÁGINA	1 de 1

VERIFICACIÓN:

Infraestructura del Laboratorio.

ACCIÓN DE MEJORA:

Visita de Laboratorio y sitio de manejo de muestras peligrosas.

ÍTEM	REQUISITO	C	N	NA	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE REAL
5.5 A	El laboratorio tiene un Plan para la Gestión integral de residuos o desechos peligrosos generados en sus diferentes secciones y áreas de trabajo ajustado a su grado de complejidad y de acuerdo a la Normatividad vigente.	X			3	3

VERIFICACIÓN:

Proceso de Gestión Ambiental.

ACCIÓN DE MEJORA:

Solicitar PGIRS actualizado.

ÍTEM	REQUISITO	C	N	NA	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE REAL
5.6 A	El laboratorio cumple con las especificaciones técnicas de los recipientes para la recolección de residuos (reutilizables, desechables, químicos y radioactivos)	X			3	3

VERIFICACIÓN:

Proceso de Gestión Ambiental.

ACCIÓN DE MEJORA:

Visita al lugar de los recipientes de LAB.

ÍTEM	REQUISITO	C	N	NA	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE REAL
5.7 A	El laboratorio adopta el código de colores para los recipientes de recolección de residuos y realiza una correcta separación de residuos, de acuerdo a la actividad desarrollada por cada sección del laboratorio	X			3	3

VERIFICACIÓN:

Proceso de Gestión Ambiental.

ACCIÓN DE MEJORA:

PGIRS actualizado / Código de Colores.

ÍTEM	REQUISITO	C	N	NA	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE REAL
5.8 A	El laboratorio realiza todos los procesos de tratamiento y disposición final de los residuos infecciosos, químicos y radioactivos con gestores externos autorizados por la autoridad ambiental competente. Dicho contrato o convenio debe estar vigente y la prestación del servicio permanente.	X			3	3

PAIPA S.A. E.S.P. Red Vital	RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P.	CÓDIGO	
	CONTROL INTERNO	PV-CI-AI-FO-02	
	LISTA DE CHEQUEO PARA AUDITORIAS INTERNAS	FECHA	14/03/2023
		VERSIÓN	02
		PÁGINA	1 de 1

VERIFICACIÓN:

Proceso de Gestión Ambiental.

ACCIÓN DE MEJORA:

PGIRS actualizado / Contrato DESCONT.

ÍTEM	REQUISITO	C	N	NA	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE REAL
5.9 B	El laboratorio realiza el pretratamiento in situ de los residuos como medida de bioseguridad o principio de precaución de impacto ambiental	x			2	2

VERIFICACIÓN:

PGIRS actualizado / Contratación tercerizada.

ACCIÓN DE MEJORA:

Disposición de los residuos peligrosos / Contrato tercerizado.

ÍTEM	REQUISITO	C	N	NA	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE REAL
5.10 A	El laboratorio establece e implementa la ruta sanitaria interna de recolección de residuos peligrosos y no peligrosos de acuerdo a los criterios definidos en la resolución 1164 de 2002	X			1	3

VERIFICACIÓN:

Lista Maestra de Documentación / Gestión Ambiental.

ACCIÓN DE MEJORA:

Solicitar Hoja de Ruta Sanitaria (Profesional Ambiental)

ÍTEM	REQUISITO	C	N	NA	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE REAL
5.11 A	El laboratorio tiene un cuarto central de acopio para el almacenamiento de residuos que cumple con la dotación mínima exigida por la Normatividad vigente	X			3	3

VERIFICACIÓN:

Infraestructura del Laboratorio.

ACCIÓN DE MEJORA:

Visita al cuarto de almacenamiento de los residuos / Publicación de Matriz de Residuos actualizado.

ÍTEM	REQUISITO	C	N	NA	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE REAL
5.12 A	El laboratorio cumple con el adecuado etiquetado de residuos para ser entregados a los gestores externos.	x			3	3

PAIPA S.A. E.S.P. Red Vital	RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P.	CÓDIGO	
	CONTROL INTERNO	PV-CI-AI-FO-02	
	LISTA DE CHEQUEO PARA AUDITORIAS INTERNAS	FECHA	14/03/2023
		VERSIÓN	02
		PÁGINA	1 de 1

VERIFICACIÓN:

PGIRS actualizado.

ACCIÓN DE MEJORA:

Contrato de Residuos DESCONT / Marcación de sitio de residuos.

ÍTEM	REQUISITO	C	N	NA	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE REAL
5.13 B	El laboratorio diligencia los registros de cuantificación de residuos (RH1)		X		0	2

VERIFICACIÓN:

PGIRS actualizado.

ACCIÓN DE MEJORA:

Registro de Cuantificación de Residuos

ÍTEM	REQUISITO	C	N	NA	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE REAL
5.14 C	El laboratorio cuenta con los registros o permisos de vertimientos y emisiones atmosféricas por parte de la autoridad ambiental competente.		X		0	1

VERIFICACIÓN:

Documentación de Permiso de Vertimientos y/o relacionados.

ACCIÓN DE MEJORA:

Solicitar Registros o Permisos de Vertimientos.

ÍTEM	REQUISITO	C	N	NA	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE REAL
5.15 C	El laboratorio cuenta con un plan de contingencia para el manejo de residuos	X			3	1

VERIFICACIÓN:

Lista Maestra de Documentación / Gestión Ambiental / LAB.

ACCIÓN DE MEJORA:

Plan de Contingencia para el Manejo de Residuos.

ÍTEM	REQUISITO	C	N	NA	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE REAL
5.16 A	Por el nivel de bioseguridad, las instalaciones del laboratorio deben disponer de duchas, lavamanos y lavaojos, de fácil acceso para el personal y son funcionales. Si se usan medios para el lavado de ojos deben ser vigentes y disponibles.	X			3	3
VERIFICACIÓN:						
Infraestructura del Laboratorio.						
ACCIÓN DE MEJORA:						
Elementos para Bioseguridad.						

ÍTEM	REQUISITO	C	N	NA	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE REAL
5.17 A	El laboratorio cuenta con medios de protección contra incendios y emergencias eléctricas vigentes y los funcionarios saben usarlos.	X			3	3
VERIFICACIÓN:						
Proceso de Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.						
ACCIÓN DE MEJORA:						
Elementos de Seguridad para el Laboratorio.						
6. PROCESOS PRIORITARIOS						
Incluye todas las actividades que el laboratorio debe realizar en el marco del Sistema de Vigilancia en Salud Pública y Vigilancia y Control Sanitario						

ÍTEM	REQUISITO	C	N	NA	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE REAL
6.1 A	El personal de laboratorio conoce sus responsabilidades dentro de la Red Nacional de Laboratorios (Decreto 780 del 2016, el cual contiene el Decreto 3518 del 2006, el Decreto 23232 del 2006 y la Resolución 1619 del 2015) el Sistema de Vigilancia en salud pública y vigilancia y control sanitario (Decreto 1575 del 2007 y sus resoluciones reglamentarias). Aplica para los laboratorios propios del prestador o autorizados.	X			3	3

VERIFICACIÓN:

Inscripción RELAB.

ACCIÓN DE MEJORA:

RELAB con el Representante Legal actualizado (Opcional se mantiene el anterior).

ÍTEM	REQUISITO	C	N	NA	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE REAL
6.2 A	El laboratorio conoce los lineamientos nacionales vigentes de operación y respuesta frente al tema de agua para consumo humano. Aplica para los laboratorios propios del prestador o autorizados.	C			2	3

VERIFICACIÓN:

Normatividad de Agua para Consumo Humano.

ACCIÓN DE MEJORA:

Conocimientos de la Normatividad, Manuales, Procedimientos, Planes.

ÍTEM	REQUISITO	C	N	NA	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE REAL
6.3 A	El laboratorio informa de manera inmediata a la autoridad competente los resultados obtenidos cuando estos evidencien un riesgo potencial de salud pública y a las personas prestadoras del servicio público de acueducto para que se tomen las medidas pertinentes para mitigar el riesgo.	X			3	3

VERIFICACIÓN:

IRCA.

ACCIÓN DE MEJORA:

Reportes de resultados de la Calidad del Agua a los Entes de Control, Rendición de Cuentas y demás partes interesadas.

ÍTEM	REQUISITO	C	N	NA	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE REAL

PAIPA S.A. E.S.P. Red Vital	RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P.	CÓDIGO	
	CONTROL INTERNO	PV-CI-AI-FO-02	
	LISTA DE CHEQUEO PARA AUDITORIAS INTERNAS	FECHA	14/03/2023
		VERSIÓN	02
		PÁGINA	1 de 1

6.4 A	El laboratorio cuenta con los reportes de control acorde a lo estipulado en el artículo 23 de la Resolución 2115 del 2007	X			3	3
VERIFICACIÓN:						
Evidencias de la Resolución 2115 de 2007 Art.23.						
ACCIÓN DE MEJORA:						
Registros de la PTAP y del Laboratorio						

ÍTEM	REQUISITO	C	N	NA	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE REAL
6.5 B	El laboratorio participa en las capacitaciones y/o talleres en temas de interés en salud pública que programa la Secretaria de Salud.	X			1	2
VERIFICACIÓN:						
Capacitaciones y/o Asesorías con la Secretaría de Salud.						
ACCIÓN DE MEJORA:						
Capacitaciones y/o Asesorías con la Secretaría de Salud.						

ÍTEM	REQUISITO	C	N	NA	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE REAL
6.6 B	El laboratorio participa en la asistencia técnica y Asesoría directa brindada por la Secretaria de Salud.	X			1	2
VERIFICACIÓN:						
Capacitaciones y/o Asesorías con la Secretaría de Salud.						
ACCIÓN DE MEJORA:						
Capacitaciones y/o Asesorías con la Secretaría de Salud.						

ÍTEM	REQUISITO	C	N	NA	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE REAL

6.7 C	El laboratorio realiza reactivo - vigilancia de acuerdo a la Normatividad vigente y reporta sus hallazgos.		X		0	1

VERIFICACIÓN:

Programa Reactivo – Vigilancia / Registro de los hallazgos. No se tiene asignado responsables.

ACCIÓN DE MEJORA:

Entra a Plan de Mejoramiento Institucional.

ÍTEM	REQUISITO	C	N	NA	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE REAL
6.8 A	El laboratorio realiza los análisis físico-químicos requeridos por la Normatividad vigente (Resolución 2115 del 2007, Artículo 21) para el control de calidad del agua para consumo humano, así como también las definas en el mapa de riesgo	X			3	3

VERIFICACIÓN:

Normatividad de Agua para Consumo Humano.

ACCIÓN DE MEJORA:

Tener disponible toda la documentación de los procedimientos técnicos para la realización de los análisis físico-químicos.

ÍTEM	REQUISITO	C	N	NA	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE REAL
6.9 A	El laboratorio realiza los análisis microbiológicos requeridos por la Normatividad vigente (Resolución 2115 del 2007, Artículo 21) para el control de calidad del agua para consumo humano, así como también las definas en el mapa de riesgo	X			3	3

VERIFICACIÓN:

Normatividad de Agua para Consumo Humano.

ACCIÓN DE MEJORA:

Contratación con el tercero encargado de la realización de los análisis microbiológicos.

ÍTEM	REQUISITO	C	N	NA	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE REAL

6.10 A	El laboratorio reporta oportunamente el Sistema Único de Información SUI los datos de control de la calidad de agua para consumo humano.		X		0	3

VERIFICACIÓN:

Información del LAB en el SUI.

ACCIÓN DE MEJORA:

Revisión con el asesor SUI con respeto a la información.

VERIFICACIÓN DE ESTÁNDARES DE CALIDAD EN SALUD PUBLICA, PARA EL LABORATORIO DE ANÁLISIS DE AGUA PARA CONSUMO HUMANO EMPRESA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P.				
ÍTEM	NOMBRE	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE REAL	% OBTENIDO
1	Organización y Gestión	42	73	57%
2	Talento Humano	27	29	93%
3	Infraestructura y Dotación	37	43	86%
4	Referencia y Contrarreferencia	5	12	41%
5	Bioseguridad y Manejo de Residuos	42	45	93%
6	Procesos Prioritarios	19	26	65%
TOTALES		**172**	**228**	**75.4%**

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Andrew Masami Asakura Garcia	Nombre: Jhon Edison Barón Fonseca	Nombre: Juan Camilo Chaparro Ruiz
Cargo: Profesional SIG Auditor Interno Integral SIG con Enfoque en RSE Auditor Interno ISO/IEC 17025:2017	Cargo: Jefe Oficina de Control Interno	Cargo: Analista de Laboratorio
Firma: Andrew Masami Asakura	Firma: Jhon Edison Fonseca Barón	Firma:

PAIPA S.A. E.S.P. Red Vital	RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P.	CÓDIGO	
	GESTIÓN DE SISTEMAS Y COMUNICACIONES	PA-GCOM-FO-01	
	OFICIOS / COMUNICACIONES	FECHA	14/03/2023
		VERSIÓN	02
		PÁGINA	1 de 1

Radicado	-	Número	Marque con X	
	-	RVP0377/2024	Interna	X
			Externa	

Fecha Emisión	Día	Mes	Año
	10	05	2024

Dirigida a	**JUAN CAMILO CHAPARRO RUIZ** **Analista de laboratorios**
Asunto	**INFORME- PRELIMINAR AUDITORIA 2024**

Respetada Ingeniero.

De manera atenta le damos a conocer el Informe Preliminar de la Auditoria realizada a la planta de laboratorios los días 23 y 24 de abril del presente año, en cumplimiento al derecho de contradicción, se dará un término de tres (3) días para las aclaraciones que considere pertinente, posterior mente se genera el informe final.

Agradezco su gentil atención y colaboración

Recibido
Juan Camilo Chaparro
Jhon Edison Fonseca Barón

JHON EDISON FONSECA BARÓN
JEFE DE CONTROL INTENO
Controlinterno@redvitalpaipa.com

Validación	Nombre Completo / Empleo	Vo.Bo.		No	Anexos	Folios
Elaboró	Jhon edison fonseca baron/jefe de control interno	JEFB		1	1	X 20

PAIPA S.A. E.S.P. Red Vital	RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P.	CÓDIGO	
	GESTIÓN DE SISTEMAS Y COMUNICACIONES	PA-GCOM-FO-01	
	OFICIOS / COMUNICACIONES	FECHA	14/03/2023
		VERSIÓN	02
		PÁGINA	1 de 2

Radicado	-	Número	Marque con X	
	-	RVP0387/2024	Interna	X
			Externa	

Fecha Emisión	Día	Mes	Año
	16	05	2024

Dirigida a	**DIANA KATHERINE HURTADO FIGUEREDO** **SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA FINANCIERA Y COMERCIAL.**
Asunto	**APERTURA AUDITORIA INTERNA.**

Cordial saludo

En desarrollo de los roles de seguimiento y evaluación propios de la Oficina de Control Interno y del Plan Anual de Auditorías de la Vigencia 2024 me permito informarles que se adelantará proceso de **AUDITORIA INTERNA** a la subgerencia financiera administrativa y comercial de la empresa de servicios **públicos RED VITAL PAIPA S.A.E.S.P.**

TIPO DE AUDITORIA	AUDITORIA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN
Objetivo	Realizar la verificación a Proceso y procedimientos de la **SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA FINANCIERA Y COMERCIA**L, aplicación del marco normativo, procedimientos y en general la forma como se desarrolla al interior, detectando fortalezas y oportunidades de mejora.
Alcance	La auditoría interna aplica para todos los procedimientos de la **SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA FINANCIERA Y COMERCIAL**. de la empresa de servicios RED VITAL PAIPA S.A.E.S.P.

La auditoría está programada para adelantarse así.

Fase de planeación	Del 22 al 24 de mayo 2024
Fase de ejecución	Del 27 mayo al 20 de junio 2024
Informe preliminar	28 de junio 2024
Informe final	05 de julio de mayo 2024

Cronograma del plan de trabajo a desarrollar :

PROCEDIMIENTO	RESPONSABLE	FECHA
GESTIÓN DE TALENTO HUMANO	DIANA KATHERINE HURTADO FIGUEREDO SUB, ADMINISTRATIVA FINANCIERA Y COMERCIAL	Lunes 27 y martes 28 de mayo del 2024.
CONTABILIDAD Y PRESUSPUESTO	JESSICA YURLEY MORALES VÁQUEZ LIDER DE CONTABILIDAD Y PRESUSPUESTO	Miercoles 29 y jueves 30 de mayo del 2024
GESTIÓN CONTRACTUAL	LINA MARÍA RICO VALDERRAMA	lunes 3 martes 4 miercoles 5 junio 2024
RECURSOS FÍSICOS ALMACÉN	MARIBEL BECERRA AVENDAÑO ALMACEN	jueves 6 viernes 7de junio 2024
GESTIÓN DOCUMENTAL - ARCHIVO	MAYERLINE DUEÑEZ PACHECO	Lunes 10 martes 11 ,miercoles 12 de junio 2024
CORDINACIÓN ,FACTURACIÓN,COMERCIAL Y PQRSD	JEYSON JHOAN ORTÍZ NIÑO MARIA ALEJANDRA OCHOA ÁVILA	Jueves 13 lunes 17 martes 18 de junio 2024

	GLADYS JACKELINE PACHECO MARTÍNES	
TESORERIA	LISBETH YOHANA ALBA CAMARGO	Miercoles 19 jueves 20 viernes 21 de junio 2024

La auditoría se realizará con base en el análisis de diferentes muestras aleatorias seleccionadas por el auditor y se fundamentan en los soportes documentales teles como; expediente fuente, procesos y procedimientos, reportes de los sistemas de información, creces y validaciones, normatividad interna y externa que regulan la materia.

En aplicación al decreto 648 de 2017 art.2.2.21.4.8 la Oficina de Control Interno incorpora los siguientes instrumentos código de ética del auditor.
Por tal motivo le solicito su mayor colaboración con el desarrollo de la misma, y con el suministro oportuno de la información requerida.
Por favor diligenciar el formato denominado **CARTA DE REPRESENTACIÓN** y remitirlo a la Oficina de Control Interno.

Cualquier inquietud estaré atento. Agradezco su gentil atención.

Jhon Edison Fonseca B.

Emite	**JHON EDISON FONSECA BARÓN**	Emite	**ANDREW MASAMI ASAKURA GARCIA**
Empleo	Jefe de Control Interno	Empleo	Sistema Integrado de Gestión

Validación	*Nombre Completo / Empleo*	*Vo.Bo.*		*No*	*Anexos*	*Folios*
Elaboró	*Jhon edison fonseca baron/jefe de control interno*	*JEFB*		*1*		

RECIBÍ: KATHERINE HURTADO F.

PAIPA S.A. E.S.P. Red Vital	RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P.	CÓDIGO	
	GESTIÓN DE SISTEMAS Y COMUNICACIONES	PA-GCOM-FO-01	
	OFICIOS / COMUNICACIONES	FECHA	14/03/2023
		VERSIÓN	02
		PÁGINA	1 de 1

Fecha Emisión	Día	Mes	Año
			2024

DIRIGIDA A	**JHON EDISON FONSECA BARON** **Jefe de control Interno**
Asunto	**CARTA DE REPRESENTACIÓN**

CARTA DE REPRESENTACIÓN

Fecha: 17 Mayo 2024

ING. JHON EDISON FONSECA BARON

Jefe de control interno

Cordial saludo:

Mediante la presente carta me permito confirmar que para el desarrollo de la auditoria que se va realizar por parte de control interno al proceso

---

El 04 de Septiembre que tiene como objetivo:

Realizar la verificación a Procesos y procedimientos de la Subgerencia Activa Financiera y Comercial, aplicación del marco normativo, procedimientos y en general.

Declaro lo siguiente:

Somos responsables de la oportuna preparación, presentación y consistencia de la información que se entrega en el marco de la AUDITORIA A LA OFICINA DE CONTROL INTERNO.

1. Se hará entrega oficialmente de toda la información relacionada con la gestión del proceso a evaluar, atendiendo los requerimientos hechos por la oficina de la unidad de control interno.
2. La información a suministrar será válida, integral y completa para los propósitos del proceso auditar.

D HURTADO F

Emite	**DIANA KATHERINE HURTADO FIGUEREDO**
Empleo	**SUBGERENTE ADMINISTRATIVA FINANCIERA Y COMERCIAL.**

Validación	*Nombre Completo / Empleo*	*Vo.Bo.*		*No*	*Anexos*	*Folios*
Elaboró	*DIANA KATHERINE HURTADO FIGUEREDO/SUBADMINISRATIVA FINANCIERA Y COMERCIAL*	Katlett		*1*		

PAIPA S.A. E.S.P. Red Vital	RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P.	CÓDIGO	
	GESTIÓN DE SISTEMAS Y COMUNICACIONES	PA-GCOM-FO-01	
	OFICIOS / COMUNICACIONES	FECHA	14/03/2023
		VERSIÓN	02
		PÁGINA	1 de 1

Radicado	-	Número	*Marque con X*	
	-	**RVP0390 /2024**	Interna	X
			Externa	

Fecha Emisión	**Día**	**Mes**	**Año**
	17	05	2024

Dirigida a	**JUAN CAMILO CHAPARRO RUIZ** **Analista de laboratorios**
Asunto	**INFORME FINAL AUDITORIA INTERNA 2024**

Respetada Ingeniero.

De manera atenta le damos a conocer el Informe Final de la Auditoria realizada a la planta de laboratorios los días 23 y 24 de abril del presente año, de igual manera se remite formato del PLAN DE MEJORAMIENTO para su respectivo diligenciamiento y presentación ante la Oficina de Control Interno el día 3 de junio del 2024.

PAIPA S.A. E.S.P.
redVital
AL SERVICIO DE SUMERCÉ

Agradezco su gentil atención y colaboración

Jhon Edison Fonseca Barón

Emite	JHON EDISON FONSECA BARÓN
Empleo	JEFE DE CONTROL INTENO
	Controlinterno@redvitalpaipa.com

Validación	*Nombre Completo / Empleo*	*Vo.Bo.*		*No*	*Anexos*	*Folios*
Elaboró	*Jhon edison fonseca baron/jefe de control interno*	*JEFB*		*1*	*1 FORMATO PLAN DE MEJORAMIENTO*	

PAIPA S.A. E.S.P. Red Vital	RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P.	CÓDIGO	
	GESTIÓN DE SISTEMAS Y COMUNICACIONES	PA-GCOM-FO-01	
	OFICIOS / COMUNICACIONES	FECHA	14/03/2023
		VERSIÓN	02
		PÁGINA	1 de 1

Radicado	-	Número	Marque con X	
	-	RVP0388/2024	Interna	X
			Externa	

Fecha Emisión	Día	Mes	Año
	17	05	2024

Dirigida a	**YEISON ROKNEY TORRES SUAREZ** **Gerente General**
Asunto	**INFORME FINAL AUDITORIA INTERNA 2024 PLANTA DE LABORATORIOS EMPRESA DE SEVICIOS PÚBLICOS RED VITAL PAIPA S.A.E.**

Respetado Ingeniero.

De manera atenta entrego a la Gerencia General el Informe Final de la Auditoria realizada a la planta de laboratorios los días 23 y 24 de abril del presente año, de igual manera se remite al líder del proceso para comenzar a trabajar con el Plan de Mejoramiento respectivo.

Agradezco su gentil atención y colaboración

Jhon Edison Fonseca Barón

JHON EDISON FONSECA BARÓN
JEFE DE CONTROL INTENO
Controlinterno@redvitalpaipa.com

Validación	*Nombre Completo / Empleo*	*Vo.Bo.*		*No*	*Anexos*	*Folios*
Elaboró	*Jhon edison fonseca baron/jefe de control interno*	*JEFB*		*1*	*1*	*X*

Recibí:
17-05-24

PAIPA S.A. E.S.P. Red Vital	RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P.	CÓDIGO	
	GESTIÓN DE SISTEMAS Y COMUNICACIONES	PA-GCOM-FO-01	
	OFICIOS / COMUNICACIONES	FECHA	14/03/2023
		VERSIÓN	02
		PÁGINA	1 de 1

Radicado	-	Número	Marque con X	
	-	RVP397/24	Interna	x
			Externa	

Fecha Emisión	Día	Mes	Año
	17	05	2024

Dirigida a	**JHON EDISON FONSECA BARON** **Jefe de Control Interno**
Asunto	**Respuesta del INFORME-PRELIMINAR AUDITORIA 2024**

Cordial Saludo,

Considerando el oficio enviado por la oficina de control interno, número de radicado 0377 del 10 de mayo del 2024 informe preliminar, se hizo la respectiva revisión y por parte de la oficina auditada no tenemos aclaraciones pertinentes a los hallazgos expuestos en el informe.

Jhon Edison Fonseca B
17/05/2024

Emite	**JUAN CAMILO CHAPARRO RUIZ**
Empleo	Analista de Laboratorio
Correo	laboratorio@redvitalpaipa.com

Validación	*Nombre Completo / Empleo*	*Vo.Bo.*	*No*	*Anexos*	*Folios*
Elaboró	*Juan Camilo Chaparro Ruiz/ Analista de laboratorio*		*1*		

	RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P.	CÓDIGO	
PAIPA S.A. E.S.P. Red Vital	CONTROL INTERNO	PV-CI-AL-FO-03	
	INFORME DE AUDITORÍAS	FECHA	14/03/2023
		VERSIÓN	02
		PÁGINA	1 de 20

INFORMACIÓN GENERAL			
ÁREA O PROCESO	LABORATORIOS	**RESPONSABLE ÁREA O PROCESO**	JUAN CAMILO CHAPARRO RUIZ
FECHA DE AUDITORIA	23,24 de abril del 2024	**FECHA ENTREGA INFORME**	**17/05/2024**

OBJETIVO

El programa anual de auditorías internas de la empresa Red Vital S.A. E.S.P, tiene como objetivo general orientar la verificación de los procesos para establecer conformidad con los siguientes aspectos.

1. *Cumplimiento o legalidad*: establecer la adherencia de la entidad a las normas constitucionales, legales, reglamentarias y de autorregulación que aplican a cada proceso.

2. *Estratégico*: contribución del proceso a la implementación de los modelos de gestión de la calidad y control interno y al logro de los objetivos misionales de la entidad.

3. *Gestión y resultados*: determinar el grado de economía, eficiencia y eficacia del proceso en el manejo de los recursos y la aplicación de controles para lograr el impacto esperado en los servicios de la entidad.

ALCANCE

El presente Programa de Auditoría, contiene la Planeación de las Auditorías regulares de Control Interno que se realizará en la entidad durante el año 2024, con base en los lineamientos del decreto 648 del 2017 articulo 2.2.21.4.8, a fin de establecer la conformidad de los procesos en relación con los objetivos, dentro del Modelo de Gestión de la Calidad y del Sistema de Control Interno.

La programación se presenta como anexo al programa de Auditorías Interna de la empresa de servicios públicos **Red Vital PAIPA S.A. E.S.P**, el desarrollo del componente de Auditoría para Mejoramiento del Sistema de Calidad y Control Interno. Pretende además el seguimiento a la Planeación de la Entidad y los Planes de Mejoramiento suscritos a raíz de Auditorías externas de aseguradores y de organismos de vigilancia, Control y de Auditorías Internas de Calidad y Control Interno.

CRITERIO
Decreto 648 del 2017 articulo 2.2.21.4.8, Resolución 1619 de 2015

LUGAR
LABORATORIO PTAR BARRIO SAN FELIPE PAIPA

PARTICIPANTES			
AUDITOR PRINCIPAL	ING. JHON EDISON FONSECA BARÓN	**AUDITADOS**	LABORATORIOS RED VITAL PAIPA S.A.E.S. P
AUDITOR ACOMPAÑANTE – EXP TÉCNICO AAA	ING.ANDREW MASAMI ASAKURA GARCIA		
OTRO	N/A		

RESULTADOS DE AUDITORIA DEL PROCESO

Durante el desarrollo de la auditoria la cual se efectuó del 23 al 24 de abril del 2024 se logró abordar la totalidad del cronograma estipulado.

El día 23 de abril del 2024 se realizó la apertura la cual conto con la presencia del líder del proceso de laboratorio y lideres de auditoría. En cumplimiento del cronograma establecido para el desarrollo de la auditoría interna durante los días 23 y 24 de abril del 2024 se evaluó lo siguiente.

PROCEDIMIENTO	RESPONSABLE	FECHA
• **(Organización y Gestón)** • **(Talento Humano)** • **(Infraestructura Y Dotación)** • **(Referencia y Contrareferencia)**	JUAN CAMILO CHAPARRO RUIZ Analista de Laboratorio	23/04/2024
• **(Bioseguridad y Manejo de Residuos)** • **(Procesos Prioritarios)** • **SGSST**	JUAN CAMILO CHAPARRO RUIZ Analista de Laboratorio	24/04/2024

Considerando lo evaluado y los requisitos expuestos damos a conocer los hallazgos encontrados.

1.ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN

Comprenden aquellos aspectos administrativos y de gestión que hacen referencia al funcionamiento y los procesos que garantizan la realización de todas las actividades correspondientes al que hacer de los laboratorios, con eficiencia, calidad y oportunidad.



ITEM	REQUISITO	HALLAZGOS	RESPONSABLE
1.1 A	El laboratorio está legalmente constituido	Se solicita la documentación de la creación de la entidad, donde se estipule el área de laboratorios, (organigrama) Tener a disposición a la información sustentada del laboratorio	Juan Camilo Chaparro Ruiz (JCCR)
1.2 A	El laboratorio cuenta con certificación o acreditación de su sistema de gestión de calidad (17025 - 9001)	Se les solicita tener las certificaciones de calidad.	JCCR
1.3 A	El laboratorio establece e implementado un sistema de gestión de calidad, evidenciado en una plataforma documental aprobada que dé respuesta a las necesidades del mismo en coherencia con el portafolio de servicios	Se les solicita la documentación del SGC, solicitar certificados de calidad de la gerencia.	JCCR
1.5 A	El laboratorio tiene todos los procedimientos técnicos administrativos de las pruebas realizadas, desde la toma de muestras, procesamientos y emisión de resultados, documentados y aprobados	Se solicita la lista maestra de documentos de laboratorio, resoluciones de la información documentada, procedimiento. Información de la documentación de origen externo. Procedimiento: 17	JCCR
1.6 A	El laboratorio establece directrices y procedimientos que garantizan la protección de la información de los resultados emitidos de manera directa o indirecta / vía electrónica, vía telefónica)	Se solicita procedimientos de laboratorios, y procedimientos de la información de los resultados.	JCCR

1.7 A	Desde la coordinación o dirección del laboratorio se desarrollan las actividades necesarias para garantizar que la totalidad del recurso humano del laboratorio conoce, comprende e implementa los procesos, programas, procedimientos y documentación del SGC.	Se les solicita el plan de capacitación institucional, soportes del SGC. evaluación del SGC a los lideres de los procesos.	JCCR
1.8 A	Desde la dirección o coordinación del laboratorio se garantiza la implementación del Manual de calidad o un documento equivalente que describe el SGC que incluya alcance, definición de responsabilidades, política y objetivos de calidad, estructura de la documentación, seguimiento y medición, análisis de datos y control de registros entre otros.	Se solicita el manual de calidad actualizado de parte del SIG/LAB	JCCR
1.9 A	El laboratorio tiene una política de calidad que sea adecuada para el objeto de la entidad, coherente con el plan de desarrollo de la entidad, incluye compromiso de cumplir con los requisitos de los clientes y mejora del sistema (eficiencia, eficacia, efectividad) adecuada continuamente y emitida por la alta dirección, debidamente socializada y emitida por todo el personal que lo integra.	Se solicita las políticas de calidad y socializaciones realizadas.	JCCR
1.11 A	El laboratorio realiza control documental del archivo físico y magnético preservado de acuerdo a la Normatividad	Se solicita los procesos de gestión documental, tablas de retención documental firmadas el	JCCR

	vigente y las tablas de retención documental establecidas en la institución	2021. solicitud FUID de parte de control interno.	
1.13 A	El laboratorio implementa y desarrolla una política de gestión de Riesgo a través de planes para el adecuado tratamiento de riesgos que garantizan el cumplimiento de su misión y objetivos dentro de la organización	Se solicita la gestión de riesgos de la entidad. Procedimientos de gestión de riesgos. matriz de riesgos y oportunidades, informes de gestión 2023 de laboratorio.	JCCR
1.14 A	El laboratorio planifica y hace seguimiento a la adquisición de: dotación y mantenimiento de equipos, capacitaciones, reactivos, estándares e insumos suficientes para realizar las actividades requeridas a sus actividades misionales	Se les solicita el proceso de gestión contractual, manual actualizado (aprobado). solicitarlos contratos de suministro de laboratorios.	JCCR
1.16 A	El laboratorio mantiene un control de inventario de reactivos, insumos y materiales empleados en la realización de ensayos	Se les solicita contratos de suministros con fichas Técnicas de los elementos. revisión de inventarios de reactivos, equipos, materiales, cristales, realizar entrega de registro de reportes de inventarios. procedimientos de baja de elementos.	JCCR
1.16 B	El laboratorio realiza la evaluación técnica para la compra de insumo, reactivos, materiales, servicios y equipos necesarios para su funcionamiento	Se les solicita la evaluación de proveedores. tener en mano procedimientos técnicos, manual de equipos, reactivos, fichas técnicas.	JCCR
1.17 B	El laboratorio documenta, implementa y desarrolla una estrategia de mejora continua	Se les solicita el plan de mejoramiento de laboratorios ISO y el plan	JCCR

	tales como Acciones correctivas o de mejora	de mejora de la secretaria de salud.	
1.20 A	El laboratorio realiza aseguramiento de la calidad para todas las pruebas que realiza trazabilidad metrológica.	Se solicita las fichas técnicas y materiales de referencia.	JCCR
1.21 A	El laboratorio realiza aseguramiento de la calidad para todas las pruebas que realiza aseguramiento del método	Se solicita tener los POES.	JCCR



2. TALENTO HUMANO

Son aquellos requisitos inherentes a las políticas de personal, descripción de puestos de trabajo y criterios que demuestren la competencia del Talento Humano que labora en el laboratorio.

ITEM	REQUISITO	ACCIÓN DE MEJORA	RESPONSABLE
2.8 B	El laboratorio documenta e implementa los procesos de entrenamiento e inducción técnica para todo el personal que ingresa o cambia de actividad independiente de su modalidad de vinculación.	Solicitud de la inducción técnica de laboratorio.	JCCR
2.9 B	El laboratorio dispone de personal de apoyo para servicios generales (aseo, mantenimiento general, vigilancia) de sus instalaciones permanentemente	Solicitar personal de aseo para la planta de laboratorios.	JCCR
2.10 B	El personal que integra el laboratorio participa en programas de educación continuada o capacitaciones técnicas con periodicidad mínima semestral y evalúa su eficacia.	Solicitar el plan de capacitación /temas de laboratorio/iso 9001 :2015.	JCCR
2.11 B	El laboratorio realiza seguimiento al desempeño técnico con periodicidad definida al personal del laboratorio tanto profesional, técnico o de apoyo al	Se le solicita la evaluación de desempeño del funcionario.	JCCR

	laboratorio, independiente de su modalidad de vinculación.		

3. INFRAESTRUCTURA Y DOTACIÓN

Se requiere a los requisitos mínimos de las instalaciones físicas en cuanto a: organización de secciones y áreas funcionales del espacio físico en donde se desarrollan las actividades del laboratorio con su respectiva dotación, mantenimiento y sistemas de comunicación y registro.

ITEM	REQUISITO	ACCIÓN DE MEJORA	RESPONSABLE
3.1 A	La construcción o remodelación de la planta física del laboratorio se realizó cumpliendo las especificaciones de la Norma vigente en sismo resistencia.	Se le solicita la documentación de la PTAP, estudios de suelos y de estructura donde soporte que es sismo resistente.	JCCR
3.4 B	El laboratorio realiza el registro, seguimiento y control de las condiciones ambientales, además mantiene iluminación adecuada para todas las Acciones según lo requieran los procedimientos o características técnicas de los equipos.	Se solicita tener los equipos calibrados y el reporte al día diligenciado/evidencias fotográficas.	JCCR
3.5 B	Todas las secciones o áreas del laboratorio están dotadas con tomas de agua o desagües que permitan fácil	Se solicita el proceso del SGSST, procedimientos de limpieza y desinfección evidencias Fotográficos	JCCR

	limpieza de los materiales en procedimientos de lavado y descontaminación.		
3.7 B	Las secciones y áreas técnicas del laboratorio tienen implementado un sistema de ventilación adecuada	Se solicita la revisión del tema de ventanas /evidencias fotográficas.	JCCR
3.8 B	El laboratorio tiene espacios de almacenamiento en condiciones adecuadas para asegurar la continua integridad de muestras que quieren ser almacenadas.	Se solicita dar a conocer los sitios adecuados para el almacenamiento de los insumos y reactivos /evidencias fotográficas.	JCCR
3.9 B	El laboratorio tiene espacios de almacenamiento en condiciones adecuadas para asegurar la continua integridad de elementos, insumos y reactivos.	Se solicita dar a conocer los sitios adecuados para el almacenamiento de los insumos y reactivos /evidencias fotográficas.	JCCR
3.13 A	El laboratorio tiene documentadas las hojas de vida de equipos con datos de identificación, referencial e historial de las operaciones de confirmación metrológica aplicables	Se solicita las hojas de vida de equipos y confirmación metrológicas.	JCCR
3.16 B	El laboratorio tiene implementado un	Se solicita realizar el plan de mantenimiento	JCCR

	plan de mantenimiento a sus instalaciones físicas	de instalaciones físicas y asignar un responsable.	
3.18 C	El laboratorio cuenta con programas periódicos de mantenimiento, actualización y protección de software.	Se solicita procedimientos de mantenimiento y actualización de software.	JCCR
3.19 C	El laboratorio mantiene copias de seguridad de la información. generada y además determina los niveles de acceso de acuerdo a las responsabilidades del personal que maneja la información.	Se solicita el plan de seguridad y privacidad de la información, procedimientos para copias de seguridad.	JCCR

4. REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Evalúa el cumplimiento de los estándares de calidad y bioseguridad definidos para la recolección, manipulación, remisión, transporte y conservación de muestras.

ITEM	REQUISITOS	ACCIÓN DE MEJORA	RESPONSABLE
4.1 A	El laboratorio documenta e implementa a través de manuales los procesos y procedimientos de la recepción, manipulación, transporte y	Se solicita terminar y dar a conocer los procedimientos pendientes con SGI.	JCCR

	conservación de muestras "ítems de ensayo" y tiempos de entrega de resultados en condiciones de calidad, seguridad, oportunidad y eficiencia.		
4.2 B	El laboratorio tiene documentado e implementado el proceso de referencia y contra referencia de acuerdo a su capacidad técnica para la prestación de los servicios, que incluya: ensayo o pruebas que remita a otros laboratorios, reporte de ensayos remitidos, revisión de la solicitud del servicio y condiciones para la remisión de muestras.	Se solita el procedimiento para referencias y contrarreferencias.	JCRR
4.4 B	El laboratorio tiene documentado el procedimiento de cadena de custodia para las muestras que lo requieran de acuerdo a las exigencias de la ley.	Se solicita hacer el procedimiento de cadena de custodia.	JCCR

5. BIOSEGURIDAD Y MANEJO DE RESIDUOS

Define la implementación de medidas, procedimientos básicos de bioseguridad y manejo de residuos de acuerdo a la Normatividad vigente.

ITEM	REQUISITO	ACCIÓN DE MEJORA	RESPONSABLE
5.10 A	El laboratorio establece e implementa la ruta sanitaria interna de recolección de residuos peligrosos y no peligrosos de acuerdo a los criterios definidos en la resolución 1164 de 2002	Se solicita las hojas de ruta sanitaria (profesional Ambiental)	JCCR
5.13 B	El laboratorio diligencia los registros de cuantificación de residuos (RH1)	Se solicita diligenciar los registros de cuantificación de residuos (PGIRS)	JCCR
5.14 C	El laboratorio cuenta con los registros o permisos de vertimientos y emisiones atmosféricas por parte de la autoridad ambiental competente.	Solicitar los registros o permisos de vertimientos.	JCCR

6. PROCESOS PRIORITARIOS

Incluye todas las actividades que el laboratorio debe realizar en el marco del Sistema de Vigilancia en Salud Pública y Vigilancia y Control Sanitario.

ITEM	REQUISITOS	ACCIÓN DE MEJORA	RESPONSABLE
6.2 A	El laboratorio conoce los lineamientos nacionales vigentes de operación y respuesta frente al tema de agua para consumo humano. Aplica para los laboratorios propios del prestador o autorizados.	Se solicita la normatividad de agua para el consumo humano, manual de procedimientos planes.	JCCR
6.5 B	El laboratorio participa en las capacitaciones y/o talleres en temas de interés en salud pública que programa la secretaria de Salud.	Se solicita certificación o actas de asistencias de capacitaciones y asesorías con la secretaria de salud	JCCR
6.6 B	El laboratorio participa en la asistencia técnica y Asesoría directa brindada por la secretaria de Salud.	Se solicita certificación o actas de asistencias técnicas de capacitaciones y asesorías con la secretaria de salud	JCCR
6.7 C	El laboratorio realiza reactivo - vigilancia de acuerdo a la Normatividad vigente y reporta sus hallazgos.	se solicitan los programas reactivo -vigilancia /registro de hallazgos y asignar un responsables -el plan de mejoramiento institucional	JCCR
6.10 A	El laboratorio reporta oportunamente el Sistema Único de Información SUI los datos de control de la calidad de agua para consumo humano.	Se solicita la revisión con el asesor SUI para su respetiva verificación de cargues faltantes y actuales.	JCCR

SGSST.

Para el 24 de abril la responsable del SGSST tan bien se acercó a las platas de laboratorio a realizar sus respectiva auditoria obteniendo los siguientes hallazgos.

REQUSITO	ACCIÓN DE MEJORA	RESPONSABLE
El laboratorio tiene un Manual o plan de gestión integral para el manejo de los residuos (PGIRHS) generados en sus diferentes secciones y áreas de trabajo, ajustado a su grado de complejidad y de acuerdo a la normatividad vigente	Solicitar el PGIRHS (plan de gestión integral de residuos hospitalarios y similares) y verificar que el documento describa los procedimientos que están implementados en el laboratorio.	JCCR
El Laboratorio adopta el código de colores para los recipientes de recolección de residuos que facilita la separación de los mismos, de acuerdo a la actividad desarrollada por cada sección del laboratorio.	Se solicita el manejo de colores de las bolsas correspondiente a cada recipiente que se encuentra en el laboratorio.	JCCR
El Laboratorio realiza todos los procesos de tratamiento de residuos infecciosos, químicos, y radiactivos con gestores externos autorizados por la autoridad ambiental competente, sin que esto excluya el pre tratamiento in situ de los residuos como medida de bioseguridad o principio de precaución de impacto ambiental (ley 99 de 1993)	Se solicita Tener a la mano documentos del contrato y licencia del gestor ambiental externo encargado	JCCR
El Laboratorio establece la ruta sanitaria interna de recolección de residuos peligrosos y no peligrosos de acuerdo a los criterios definidos en la resolución 1164 de 2002.	Se solicita la implementación de una ruta, horario, frecuencia establecida para el depósito.	JCCR

El Laboratorio tiene un área de almacenamiento central de residuos.	Se cuenta con el cuarto de almacenamiento de residuos, pero se recomienda el uso de las bolsas en cada una de las canecas del laboratorio.	JCCR

De igual forma, dentro de la visita también se observó lo siguiente, lo cual se recomienda realizar mejoraras con el fin de prevenir los riesgos eléctricos y ambientales.

OFICINA:







Se evidencia humedad excesiva en las paredes lo cual puede generar riesgo estructural, riego ambiental. Además, se evidencia que se tiene almacenamiento de Gestión documental, siendo la humedad un riesgo para la conservación de dichos procesos documentales.

De igual forma, se evidencia falta de mantenimiento en la infraestructura como lo son en los marcos de las ventanas, las cuales están llenas de óxido y la presencia de vidrios rotos.

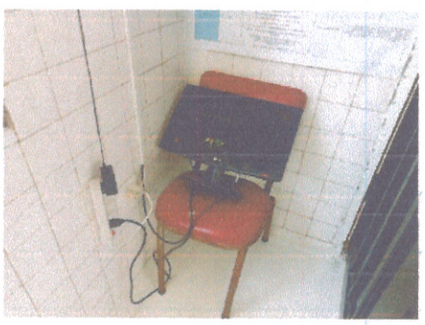
BAÑO:



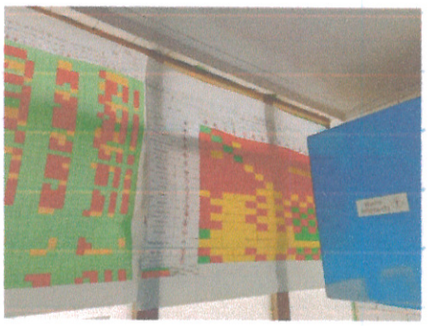


Se evidencia buen aseo, se observa la presencia de elementos de aseo (escobas, traperos) con un almacenamiento poco ordenado y en la entrada del baño, Cuando no existe ningún lado donde reubicar, pero debe estar señalizado y ordenado es decir con soporte que no interfiera en el uso y a su vez no se genere el desorden.

LABORATORIO:









En términos de aseo, de evidencia buena presentación de las instalaciones, el piso y de más áreas.

Se recomienda plastificar las matrices de riesgo y demás tablas que tienen pegadas en el laboratorio, teniendo en cuenta que el papel produce polvillo el cual puede generar algún tipo de contaminación, de igual forma se hace esta recomendación con el fin de salvaguardar y alargar la vida útil de estos documentos.

De igual, forma se evidencia tomas sujetados con cinta, a lo cual les solicitamos se realice una revisión y si está en uso poder asegurarlo de manera correcta o poner la tapa para cerrar la conexión y no generar riesgo de tipo eléctrico en el laboratorio. Así como el retiro u orden del monitor de cámaras el cual está en un estado de instalación no adecuado.

También se recomienda realizar el cambio de los vidrios que se encuentran rotos en los ventanales del laboratorio.

Con respecto a la señalización se evidencia que cuenta con buena señalización y demarcación de zonas, sin embargo, se recomienda hacer cambio de algunas señalizaciones que se encuentras desgastadas o en mal estado y usar elementos adecuado para la instalación de estas señales, ya que se evidencia que se pegan con cinta transparente, lo cual no garantiza la durabilidad de la instalación de estas señales.

En relación al botiquín se retiran ciertos elementos vencidos para realizar cambio,

INSTALACION EXTERNA:



Se recomienda realizar mantenimiento de infraestructura con respecto a las canales, pintura, limpieza de las áreas alrededor.

Conclusiones:

- La empresa de servicios públicos RED VITAL PAIPA S.A.E.S.P cuenta con una planta de laboratorio, la cual contempla manuales, procedimientos, instructivos y formatos que permiten el aseguramiento de la calidad de la prestación de servicio del laboratorio.

- Los laboratorios de la empresa auditados adelantan actividades de control que ayudan a la prevención y mitigación de los riesgos, además se tienen identificados, valorados y documentados en una matriz, sin embargo, se evidencias oportunidades de mejora en el nivel de aprobación por parte de la subgerencia operativa responsable de la gestión de los laboratorios, de tal forma que dichos riesgos puedan ser evaluados y actualizados con mayor frecuencia.

Recomendaciones:

- Se recomienda que, desde alta Gerencia, se gestionen alternativas de financiación a través de la venta de servicios o formulación de proyectos que ayude a mejorar la dotación de los laboratorios y las condiciones de la infraestructura.

- Con el apoyo de planeación y proyectos y el seguimiento de la oficina de control interno, adelantar actividades para socializar, actualización y apropiación de la matriz de riesgos, identificando y aplicando acciones que contribuyan al cumplimiento de los objetivos misionales.

- Se requiere de la implementación de planes de mantenimiento de infraestructura y equipos, que permita asegurar la calidad en la prestación de los servicios.

- Se resalta como una buena práctica la figura de coordinación de laboratorios, se recomienda generar procesos de control a través de auditorías y seguimientos que aseguren el mejoramiento continuo, así mismo el sistema integrado de gestión realizara sus auditorias interna de segunda línea.

- Se recomienda respecto a la información sobre horarios, servicios prestados, compras, inventarios y mantenimiento de equipos e infraestructura, se utilicen sistemas de información unificados para el laboratorio, de tal forma que esto contribuya al monitoreo continuo, la toma de decisiones, la eficiencia en el gasto y la calidad en la prestación de los servicios.

- Es necesario recopilar toda la información generada, organizarla y disponerla en el archivo de gestión para su adecuada custodia.

Emite	JHON EDISON FONSECA BARÓN
Empleo	Jefe de Control Interno
	controlinterno@redvitalpaipa.com

INSTALACION EXTERNA:



Se recomienda realizar mantenimiento de infraestructura con respecto a las canales, pintura, limpieza de las áreas alrededor.

Conclusiones:

- La empresa de servicios públicos RED VITAL PAIPA S.A.E.S.P cuenta con una planta de laboratorio, la cual contempla manuales, procedimientos, instructivos y formatos que permiten el aseguramiento de la calidad de la prestación de servicio del laboratorio.

- Los laboratorios de la empresa auditados adelantan actividades de control que ayudan a la prevención y mitigación de los riesgos, además se tienen identificados, valorados y documentados en una matriz, sin embargo, se evidencias oportunidades de mejora en el nivel de aprobación por parte de la subgerencia operativa responsable de la gestión de los laboratorios, de tal forma que dichos riesgos puedan ser evaluados y actualizados con mayor frecuencia.

- Para el 10 de mayo del 2024 se le envió al responsable de área auditada (laboratorios)el oficio con número de radicado 0377 del informe preliminar para sus respectivas aclaraciones pertinentes a los hallazgos encontrados donde nos dio como respuesta que estaba de acuerdo y con el deseo de trabajar el plan de mejoramiento.

Recomendaciones:

- Se recomienda que, desde alta Gerencia, se gestionen alternativas de financiación a través de la venta de servicios o formulación de proyectos que ayude a mejorar la dotación de los laboratorios y las condiciones de la infraestructura.

- Con el apoyo de planeación y proyectos y el seguimiento de la oficina de control interno, adelantar actividades para socializar, actualización y apropiación de la matriz de riesgos, identificando y aplicando acciones que contribuyan al cumplimiento de los objetivos misionales.

- Se requiere de la implementación de planes de mantenimiento de infraestructura y equipos, que permita asegurar la calidad en la prestación de los servicios.

- Se resalta como una buena práctica la figura de coordinación de laboratorios, se recomienda generar procesos de control a través de auditorías y seguimientos que aseguren el mejoramiento continuo, así mismo el sistema integrado de gestión realizara sus auditorias interna de segunda línea.

- Se recomienda respecto a la información sobre horarios, servicios prestados, compras, inventarios y mantenimiento de equipos e infraestructura, se utilicen sistemas de información unificados para el laboratorio, de tal forma que esto contribuya al monitoreo continuo, la toma de decisiones, la eficiencia en el gasto y la calidad en la prestación de los servicios.

- Es necesario recopilar toda la información generada, organizarla y disponerla en el archivo de gestión para su adecuada custodia.

- Se recomienda realizar y enviar el plan de mejoramiento en tiempo estipulado por la oficina de control interno para su respectivo seguimiento y control.

Jhon Edison Fonseca Barón

Emite	JHON EDISON FONSECA BARÓN
Empleo	Jefe de Control Interno
	controlinterno@redvitalpaipa.com

	RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P.	CÓDIGO
	CONTROL INTERNO	PV-CI-MC-FO-05
	PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL	FECHA 14/03/2023
		VERSION 02
		PAGINA 1 de 1

ENTIDAD	EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P.
NIT	900259348-5
REPRESENTANTE LEGAL	YEISON ROKNEY TORRES SUAREZ
MODALIDAD DE AUDITORIA	CONCEPTO DE LA APLICACION DE LA HERRAMIENTA DE ESTANDARES DE CALIDAD
VIGENCIA AUDITADA	2024
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	23 DE ABRIL DE 2024
AUDITOR LÍDER	CONTROL INTERNO/ SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD
ÍDER DEL PROCESO AUDITADO	JUAN CAMILO CHAPARRO RUIZ

PLAN DE MEJORAMIENTO- CONCEPTO DE LA APLICACIÓN DE LA HERRAMIENTAS DE ESTANDARES DE CALIDAD

No. HALLAZGO	OPORTUNIDAD DE MEJORA / HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA A IMPLEMENTAR	METAS	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO	FECHA DE INICIO	FECHA FINAL	RESPONSABLE	ESTADO (ABIERTA O CERRADA)
1	Elaboratorio está legalmente constituido o es una parte definida de una institución mayor, el laboratorio no cuenta con la documentación de legalizacion. Incumpliendo el numeral 1.1	Verificar la documentacion donde se evidencie como esta legalmente constituido el laboratorio de Red Vital.	El laboratorio cuenta con toda la documentacion de legalizacion y como esta constituido.	El laboratorio tiene documentacion adecuada para su funcionamiento.	22 de julio 2024	31 de Octubre 2024	Lider del laboratorio	[redacted]
2	El laboratorio establece e implementa un sistema de gestión de calidad (SGC) evidenciado en una plataforma documental aprobada que de respuesta a las necesidades del mismo en coherencia con el portafolio de servicios. Incumpliendo el numeral 1.2	Verificar los certificados de calidad que tiene el laboratorio actualmente	El laboratorio cuenta con certificacion o acreditacion de su sistema de gestio de calidad (17025-9001).	El laboratorio tiene sus certificados de acerditacion en su sistema de gestion de calidad.	22 de julio 2024	31 de Octubre 2024	Lider del laboratorio	[redacted]
3	el labroatorio establece e implentado un sistema de gestion de calidad, evidenciando en un platafoorma documetnal aprobada que de respuesta a las necesidades del mismo en coherencia con el portafolio de servicios. Incumpliendo en numeral 1.3	Verificar la documentacion del SGC y verificar los certificados de calidad de gerencia.	el laboratorio cuenta con su lista maestra de documentacion del SGC y soporta los certofocados de calidad	El laboratorio tiene la documentacion del SGC adecuada para su funcionamiento.	22 de julio 2024	31 de Octubre 2024	Lider del laboratorio	[redacted]
4	No se cuenta con un plan de capacitacion del sistema de gestion de calidad dirigida al personal. Incumpliendo el numeral 1,5	Realizar un plan de capacitación del SGC dirigida al personal del laboratorio y se evidencie en el plan institucional de capacitaciones.	El personal involucrado en el laboratorio estará capacitado en el SGC del mismo.	El personal involucrado en el laboratorio cuenta con capacitaciones y entrenamiento para implementar los procesos, programas, procedimientos estipulados en el plan de SGC.	22 de julio 2024	31 de Octubre 2024	Coordinador de calidad	[redacted]
5	El laboratorio no establece directrices y procedimientos que garantizan la proteccion de la informacion de los resultados emitidos de manera directa o indirecta/ via electronica. Incumpliendo numeral 1.6	Verificar o modificar los procedimientos del laboratorio y porcedimiento de la informacion de resultados	El laboratorio cuenta con todos sus proedimientos adecuados para su funcionamiento.	El laboratorio tiene todos sus procedimientos de calidad.	22 de julio 2024	31 de Octubre 2024	Lider del laboratorio	[redacted]
6	Cuenta con una politica de gestion de calidad publicada en la pagina web sin embargo no cuenta con una política de gestión propia del laboratorio. Incumpliendo el numeral 1,7	Verificar la politica de calidad con el fin de garantizar que su contenido siga los lineamientos descritos en el mismo.	El laboratorio contará y aplicará una política de calidad acorde a su funcionamineto.	El laboratorio tiene una política de calidad acorde a su funcionamineto.	22 de julio 2024	31 de Octubre 2024	Coordinador de calidad y lider del laboratorio	[redacted]
7	Desde la direccion o coordinacion del laboratorio se garantiza la implementacion del manual de calidad o un documentoequivalente que describe el SGC que incluta alcance, definicion de responsabilidades, politica y objetivos de calidad. Incumplientdo numeral 1,8	Verificar el manuela de calidad actualizado de parate del SGC/Laboratorio.	El laboratorio cuenta con un manual de calidad adecuado para su opracion.	El laboratorio tiene manual de calidad acorde a su funcionamiento	22 de julio 2024	31 de Octubre 2024	Lider del laboratorio	[redacted]
8	El laboratorio o tiene una politica de calidad que sea adecuada para el objeto de la entidad, coherente con el plan de desarrollo de la entidad. Incumpliendo numeral 1.9	Verificar las políticas de calidad que tienen que ser acorde a las necesidades del labroatorio.	El laboratorio cuenta con una politica de calidad acorde a su funcionamiento.	El laboratorio tiene politica de calidad y esta evidenciada.	22 de julio 2024	31 de Octubre 2024	Lider del laboratorio	[redacted]
9	El laboratorio realiza control documetnal del archivo fisico y magnetico preservado de acuerdo a la normatividad vigente y las tablas de retencion documetnal establecidos en la institucion. Incumpliendo numeral 1.11	Verificar los proceso de gestion documetal, tablas de retencion documetnal.	El laboratorio cuenta con todo el proceso de gestion documental.	El labroatorio tiene gestion documetal acorde a su funcionamiento.	22 de julio 2024	31 de Octubre 2024	Lider del laboratorio	[redacted]
10	Cuentan con 5 riesgos operacionales mediante el documento Matriz de de riesgos y oportunidades PV-CI-MC MT-01 version 02 fecha 14/03/2023, sin embargo la identificacion de los controles es débil, no corresponde , dificultando el seguimiento para evitar materialización del riesgo. Incumpliendo el numeral 1,13	Modificar y mejorar los riesgos operativos y realizar matriz de riesgos.	Contar con matriz de riesgos operativos completa.	El laboratorio cuenta con matriz de riesgos operativos adecuado a su funcionamiento.	22 de julio 2024	31 de Octubre 2024	Coordinador de calidad y lider del laboratorio	[redacted]

11	El laboratorio planifica y hace seguimiento a la adquisicion de: dotacion y mantenimiento de equipos, capacitaciones, reactivos, estadares e insumos suficientes para la realizar las actividades requeridas a sus activiades misionales	Verifivar el rpifeveso de gesyion contractual, tener el manual actualizado y aprobado. Solictar contratos de suministro de laboratorio,	El labroatorio cuenta con manual aprovado y tienes sus contrados de suministros actualizados	El laboratorio hace la trazabilida en el proceso de contracion y se ve evidenciado. Asi mismo, cuenta con un manual actualizado y aprobado	22 de julio 2024	31 de Octubre 2024	Lider del laboratorio	Abierta
12	Red Vital Cuenta con manual de contratacion que es PA-GC-MA-01 version 02 fecha 14/03/2023, regido por derecho privado por ser regimen especial, la necesidad surge de la parte tecnica a partir de la formulacion de los estudios previos, se cuenta con una evaluacion de los proveerdores una vez prestado el servicio, sin embargo no se cuenta con un concepto tecnico para la adquisicion de los insumos a traves de los proveedores.Incumpliendo el numeral 1,16	Realizar procedimiento para adquisición de insumos y selección de proveedores.	Contar con procedimiento de adquisición de insumos, tener evidencia de los conceptos técnicos emitidos por el laboratorio para la evaluación a proveedores de insumos o reactivos.	Manual de Contratación Aprobado.	22 de julio 2024	31 de Octubre 2024	Coordinador de calidad y profesional de contratación	Abierta
13	Cuentan con un documento de plan de contingencia del laboratorio de aguas -PTAP PM-SIG-GAM-PL-01 version 01 fecha 14/03/2023, donde se contempla un capitulo procedimientos para emergencias en salud publica sin embargo no describe las acciones a realizar en contingencia. Incumpliendo el numeral 1,16	Contar con acciones de contingencia frente a emergencias sanitarias y catástrofes naturales para seguir prestando el servicio de laboratorio.	Implementar las acciones de contingencia frente a emergencias sanitarias y catástrofes naturales para seguir prestando el servicio de laboratorio.	Plan de Contingencia con las rectificaciones del procedimiento de emergencias sanitaras	22 de julio 2024	31 de Octubre 2024	Profesional ambiental	Abierta
14	El laboratorio documenta, implemtnta y desarrolla un aestrategia de mejora continua tales como acciones crrectvias o de mejora. Incumpliendo numeral 1.17	Hacer el plan de mejoramiento en base a las auditorias internas realizadas por el profesionalde SGC y control interno.	El laboratorio cuneta con un plan de mejormanieto de acuerdo a las necesidades encoentradas para su respectiva correccion.	EL plan de mejoramiento acorde a las necerwsidad del laboratorio.	22 de julio 2024	31 de Octubre 2024	Lider del laboratorio	Abierta
15	No cuenta con técnicas analíticas estandarizadas, verificadas o validadas. Incumpliendo el numeral 1,20	Crear procedimiento con formatos de verificación para cada uno de los equipos con el propósito de asegurar la trazabilidad metrológica.	Contar con: certificados de calibración y actividades metrológicas, certificados de material de referencia certificado, control de calidad interno de los materiales de referencia secundarios.	El laboratorio realiza aseguramiento de la calidad para todas las pruebas que realiza trazabilidad metrológica.	22 de julio 2024	31 de Octubre 2024	Coordinador de calidad y lider del laboratorio	Abierta
16	El laboratorio no realiza aseguramiento de la calidad para todas las pruebas que realiza, aseguramiento del metodo.	Realizar los POES del laboratorio y que sean visible dentro del area de operación	El laborayorio cuenta con todos los procedimientos para realziar todos las pruebas de los prametros fisicoquimicos que garanticen la realziacion de las mismas.	El laboratorio tiene todos sus POES actualizados dentro del labroatorio	22 de julio 2024	31 de Octubre 2024	Lider del laboratorio	Abierta
17	Cuentan con un documento Plan de Inducción y Reinducción PA-GTH-DC-PL-05 fecha 31/01/2023, donde tiene definido el personal responsable designado para entrenar sin embargo no cuentan con un cronograma estipulado para realizar actividades de reinduccion. El profesional encargado del laboratorio Juan Camilo Chaparro Ruiz cuenta con un documento de empalme PE-SIG-SGC-FO-12 y con una evaluación de la reinducción realizada el 16/09/2023 en procesos administrativos con registro de asistencia PE-SIG-SGC-FO-08, el personal de apoyo aprendiz del SENA no cuenta con registro del proceso de inducción y entrenamiento. si bien es cierto el personal recibe inducción y reindución en procesos administrativos se hace necesario fortalecer el entrenamiento al personal con temas propios del area. Incumpliendo el numeral 2,8	Realizar la inducción técnica y entrenamiento a todo el personal del laboratorio.	Implementar procesos de entrenamiento e inducción técnica para el personal de laboratorio.	Induccion y reinducción realizadas sobre induccion y reinduccion planeadas	22 de julio 2024	31 de Octubre 2024	Coordinador de calidad y lider del laboratorio	Abierta
18	No se cuenta con servicio de vigilancia para el Laboratorio , en cuanto a servicios generales se cuenta con dos (02) personas que se rotan en el Laboratorio y asisten unicamente los dias jueves siendo insuficiente para cubrir las necesidades del area. el personal de aseo cuenta con una induccion sobre limpieza y desinfeccion de laboratorio con fecha de 10/04/2023 cuentan con registo de asistencia como soporte PE-SIG-SIG-SGC-FO-08 version 01 fecha 14/03/2023.Incumpliendo el numeral 2,9	Realizar la contratación del personal de vigilancia y mejorar la asistencia en el area de aseo del laboratorio.	Contar con personal de apoyo en vigilancia y llevar un cronograma de aseo en el laboratorio.	El laboratorio cuenta con personal de apoyo (aseo, mantenimiento general, vigilancia).	22 de julio 2024	31 de Octubre 2024	Coordinador de aseo y Alta Dirección	Abierta
19	El personal que integra el laboratorio no participa de programas de educación continuada o capacitaciones tecnicas con periocidad minima semestral y evalua su eficacia. Incumpliendo numeral 2.10	Solicitar el plande capacitaciones y temas de laboratorio donde el personal del laboratorio ha participado.	El personal del laboratorio cuenta cpn su respectivas capacitaciones.	El laboratorio tiene evidenciado lad capacitaciones en las que a participado los funcionarios acargo del labroatorio.	22 de julio 2024	31 de Octubre 2024	Lider del laboratorio	Abierta
20	El profesional encargado del laboratorio Juan Camilo Chaparro Ruiz cuenta con una evaluacion de desempeño laboral tecnico Red Vital S.A. E.S.P PM-LAB-FO-38 version 01 fecha 14/03/2023 realizada el 11/09/2023, sin embargo la evaluación no corresponde a competencia técnica del profesional.Incumpliendo el numeral 2,11	Implentar un formato para la evaluación de la compentencia tecnica del personal de laboratorio	El personal del laboratorio cuenta cpn su respectiva evaluacion de desepñeo	El laboratorio cuenta con dos evaluaciones de competencias tecnicas al lider del laboratorio.	22 de julio 2024	31 de Octubre 2024	Subgerencia Operativa	Abierta

21	No fue posible constatar que las instalaciones del laboratorio cumplen las especificaciones de sismo resistencia. Incumpliendo el numeral 3,1	Solicitar a la Alcaldia Por parte de la empresa RED VITAL PAIPA SA ESP un concepto tecnico por parte del profesional en estructuras de la secretaria de planeación	El laboratorio cuenta con las especificaciones de sismo resistencia.	El laboratorio hace constatar que sus instalaciones cumplen con las especificaciones de sismo resistencia.	22 de julio 2024	31 de Octubre 2024	Lider de proyectos y lider del laboratorio	Abierta
22	El laboratorio realiza registro de temeperatura y humedad en el formato reporte de condiciones ambientales código PM-GAM-FO-01 del 2023-03-14, no se asocian las correcciones reportadas por certificado de calibración. No se hace seguimiento y control de las condicoines ambientales.y tampoco se analiza el impacto frente al uso de las secciones o áreas. Incumpliendo el numeral 3,4	Implentar un procdimiento donde se especifique los rangos de operación del laboratorio, ya sea para sus condiciones ambientales como para sus reactivos en almacenamiento.	El laboratorio cuenta con una trazabiliadad en las condiciones ambientales.	El laboratorio realiza el seguimineto, contro e impacto de sus condicones ambientales: Temperatura y Humedad.	22 de julio 2024	31 de Octubre 2024	Coordinador de calidad y lider del laboratorio	Abierta
23	El laboratorio tiene todas las secciones o areas dotadas con tomas de aguas o desagues que permitan facillimpieza de los materiales en procedimientos de lavado y descontaminacion. Incumpliendo numeral 3.5	Implentar y adecuar todas las areas del laboratorio para que sean optimas para su funcionamiento.	El laboratorio tiene todas su areas acorde a las necesidades de este.	El laboratorio cuenta con todas sus areas definidas y optimas para realizar sus actividades.	22 de julio 2024	31 de Octubre 2024	Lider del laboratorio	Abierta
24	Cuenta con ventilación natural que no está provista de mosquiteros. El flujo va desde lo menos contaminado a lo más contaminado.Incumpliendo el numeral 3,7	Instalar los mosquiteros en las areas de las ventanas del laboratorio de RED VITAL PAIPA SA ESP.	El laboratorio cuenta con un flujo de aire que circule de lo menos contaminado a lo mas contaminado.	El laboratorio cuenta con un sistema de ventilacion.	22 de julio 2024	31 de Octubre 2024	Lider de proyectos	Abierta
25	El laboratorio cuenta con nevera de línea blanca para el almacenamiento de muestras dispuestas dentro de un área denominada análisis microbiológico, al momento de la visita se halla apagada, sin sensor de temperatura e histórico de registro de temperatura por lo que no se garantiza la integridad de las muestras. No se cuenta con hoja de vida del equipo. Incumpliendo el numeral 3,8	Realizar hoja de vida de nevera, hacer un mantenimiento donde se asegure la integridad y condiciones de las muestras almacenadas.	El laboratorio cuenta con espacios de almacenamiento que asegura la integridad de las muestras almacenadas.	El laboratorio cuenta con area en condiciones adecuadas para almacenamiento de muestras.	22 de julio 2024	31 de Octubre 2024	Lider del laboratorio	Abierta
26	El laboratorio no cuenta con clasificación de colores aplicable a reactivos, No se controlan las condicoines de almacenamiento de los reactivos y se organizan segpun el SGA. El laboratorio tiene un procedimienot de baja de elementos código PA-GRF-ÑR-05 del 2023-03-14.en el que no se describe el lineamiento escogido para la eliminación de reactivos. Incumpliendo el numeral 3,9	Implementar un formato o documento donde se pueda evidenciar la semaforización de todos los reactivos y se organizen según el SGA. Tambien, modificar el procedimiento de baja de elementos donde describa la eliminación de reactivos.	El laboratorio cuenta con una trazabilidad en el almacenamiento, condiciones, semaforizacion y eliminación de sus reactivos.	El laboratorio cuenta con areas en condiciones adecuadas para los elementos, insumos y reactivos.	22 de julio 2024	31 de Octubre 2024	Lider del laboratorio	Abierta
27	El laboratorio cuenta con formato hoja de vida de equipos de laboratorio código PM-LAB-FO-31 del 2023-03-14, cuenta en su mayoría con el histórico de las ocm, hay algunas hojas de vida diligenciadas en esfero como es el caso de la hoja de vida del equipo multiparámetros y termohigrómetro, se hallan algunas inconsistencias en su diligenciamiento en cuanto a unidades y datos de funcionamiento. No se describen las ocms requeridas y los manuales con los que cuenta el equipo para el caso de colorímetro y termohigrómetro. No se cuenta con hoja de vida de la nevera destinada para el almacenamiento de muestras de agua.Incumpliendo el numeral 3,13	Realizar el debido dilingeciamiento de sus respectivas hojas de vida de todos los equipos utilizados en el laboratorio de RED VITAL PAIPA SA ESP.	El labaratorio cuenta con todas las hojas de vidas de sus equipos de operación. De igual forma, estan debiadamente diligencias y actualizadas.	El laboratorio cuetna con todas las hojas de vidas de sus equipos y presenta confimación metrologica de estos.	22 de julio 2024	31 de Octubre 2024	Lider del laboratorio	Abierta
28	El laboratorio no cuenta con plan de mantenimiento a sus instalaciones físicas. Incumpliendo el numeral 3,16	Realizar el Plan de mantenimiento de infraestructura.	El laboratorio cuenta con un documento donde se estipule el cronograma de mantenimietno de sus instalaciones fisicas.	El laboratorio tiene un cronograma de mantenimiento de sus instalaciones fisicas.	22 de julio 2024	31 de Octubre 2024	lider de proyectos y lider del laboratorio	Abierta

29	El laboratorio en el área denominada oficina no cuenta con equipo de cómputo institucional. Existe un equipo de cómputo según lo manifiesta el profesional Camilo Chaparro, en la sede administativa de red vital para fines admiistrativos del laboratorio con hoja de vida de equpos de cómputo código PA-GCOM-FO-03 sin datos de identificación cómo serie o código inerno. Tlene mantenimiento preventivo vigente del 2023-11-11. No se evidencia la existencia de una programación defininda para el mantenimiento, actualizaicón y protección de software. Incumpliendo el numeral 3,18	Adquisición de equipo para el laboratorio con sus respectivas hojas de vidas y su cronograma de mantenimiento del mismo.	El laboratorio cuenta con un equipos de computo con sus respectivo cronograma de mantenimiento y actualizacion de software.	El laboratorio tiene cronograma de sus equipos de computo..	22 de julio 2024	31 de Octubre 2024	Subgerencia Operativa y Lider de sistemas y comunicaciones	
30	El laboratorio tiene un procedimiento denominado administración de dispositivos de redes y comunicaciones código PA-GCOM-PR-04 DEL 2023-03 14, este no define responsabilidades y niveles de acceos para el manejo de la información y el manejo de la información para su almacenaniento. El procedimiento seguridad lógica y políticas código PA-GCOM-PR-06 DEL 2023.03-14 No define responsabilidades y niveles de acceso a la información, describe genéricamente el acceeso a esta. Los accesos se dan de acuerdo al manual de funciones. Incumpliendo el numeral 3,19	Realizar un procedimiento y matriz de roles y responsabilidades donde se estipule los responsables de la información del laboratorio.	El laboratorio estipula los responsables para el acceso de la informacion del mismo.	El laboratorio fundamenta los responsables del acceso de su informacion y a su vez presenta una copia de seguridad del mismo.	22 de julio 2024	31 de Octubre 2024	Lider de sistemas y comunicaciones	
31	El laboratorio no documenta e implementa a traves de manuales los proceso y procedimientos de la recepcion, manipulacion, transporte y conseervacion de muestras. Incumpliendo numeral 4,1	Realizar el procedimiento de recepcion, manipulacion, transporte y consevacion de muestras.	El laboratorio cuenta con un procedimiento detallado donde se evidencia los pasos que se deben realizar para sus muestras.	El laboratorio tiene procedimiento para la trazabilidad de sus muestras	22 de julio 2024	31 de Octubre 2024	Lider del laboratorio	
32	El laboratorio no tiene documetnado e implemntado el proceso de referencia y contra referencia de acuerdo a su capacidad tecnica para la prestacion de los servicios, que incluya: ensayo o pruebas que remita a otros laboratorio, reporte de ensayos remitidos, revision de la solicitud del servicio y condiciones para la remision de muestras. Incumpliendo numeral 4.2	Realizar el procedimiento de referencia y contra referencia de una muestra.	El laboratorio cuenta con un procedimiento detallado donde se evidencia los pasos que se deben realizar para llevar un muestra a otro laboratorio.	El labroatorio tiene procedimiento de referencia y contra referencia acorde a su funcionamiento.	22 de julio 2024	31 de Octubre 2024	Lider del laboratorio	
33	El laboratorio no tiene procediiento de cadena de custodia para las muestras que lo requieren de acuerdo a las exigencias de la ley. Incumpliendo numeral 4,4	Realizar el procedimiento de cadena de custodio para una muestra.	El laboratorio cuenta con un procedimiento de cadena de custodia de una muestrta	El laboratorio cumple con el procedimiento de cadena de custodia	22 de julio 2024	31 de Octubre 2024	Lider del laboratorio	
34	El laboratorio cuenta con documento PM-SIG-GAM-PL-02 PLAN DE GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUIOS SÓLIDOS Y RESIDUOS PELIGROSOS PGIRS- RESPEL - LABORATORIO - PTAP, sin embargo en el no se encuentra consignado las rutas sanitarias para la recolección de residuos. Incumpliendo el numeral 5,10	Realizar la modificion en el plan de gestion integral de residuos solidos y peligrosos en el laboratorio, donde se incluya sus rutas sanitarias para la recoleccion de residuos.	El laboratorio cuenta con sus rutas sanitarias para la recoleccion de sus residuos.	El laboratorio implementa una ruta sanitaria para la recoleccion de los residuos peligrosos y no peligrosos.	22 de julio 2024	31 de Octubre 2024	Lider ambiental	
35	Al momento de la visita no se evidencia el registro ningún formato RH1 de cuantificacion de residuos. Incumpliendo el numeral 5,13	Implementar un gormato donde se evidencia la trazabilidad de los formatos RH1 en su cuantificación de los residuos originados en el laboratorio RED VITAL PAIPA SA ESP	El laboratorio cuenta con sus registros RH1.	El laboratorio realiza la cuantificacion de sus residuos.	22 de julio 2024	31 de Octubre 2024	Lider ambiental y lider del laboratorio	
36	El laboratorio no cuenta con caracterización de agua residual. Incumpliendo el numeral 5,14	Realizar la consulta de la caracterización del agua residual del laboratorio RED VITAL PAIPA SA ESP con un ente acreditado por el IDEAM	El laboratorio cuenta caracterizacion de agua residual.	El laboratorio tiene en su documentacion la caracterizacion de agua residual.	22 de julio 2024	31 de Octubre 2024	Lider ambiental y lider del laboratorio	
37	El laboratorio no conoce los linemainetos nacionales vigentes de operación y respuesta frente al tema de agua para consumo humano. Aplica para los laboratorios propios del prestador o autrorizados. Incumpliendo numeral 6,2	Realizar el manual de procedimiento y obtener la normativiad de agua para consumo humano 2125 del 2007	El laboratorio cuenta con toda la normatividad que aplica para su funcionamiento	El laboratorio tiene actualizada la normatividad acorde a sus actividades.	22 de julio 2024	31 de Octubre 2024	Lider del laboratorio	
38	El laboratorio no participa en las capacitaciones y/o talleres en temas de interes de salud publica que programa la secretaria de Salud. Incumpliendo numeral 6,5	Realizar la participacion de las capacitaciones realizadas por parte de la secreatria de salud	El personal del laboratorio cuenta con capacitaciones realizadas por parte de la secretaria de salud.	El labroatorio evidencia con certificados o actas de asistencias tecnicas de capacitaciones o asesorias.	22 de julio 2024	31 de Octubre 2024	Lider del laboratorio	
39	El laboratorio no participa en las asistencias tecnicas y Asesoria directa birndada por la secretaria de salud. Incumpliendo numeral 6,6	Realizar la participacion de las capacitaciones tecnicas realizadas por parte de la secreatria de salud	El personal del laboratorio cuenta con capacitaciones realizadas por parte de la secretaria de salud.	El labroatorio evidencia con certificados o actas de asistencias tecnicas de capacitaciones o asesorias.	22 de julio 2024	31 de Octubre 2024	Lider del laboratorio	
40	El laboratorio no realzia reactivo-vigilancia de acuerdo a la normatividad vigente y reporta sus hallazgos. Incumpliendo numeral 6,7	Realizar los programas reactivo-vigilancia de hallazgos y asigna responsable de plan de mejoramiento institucional.	El personal del laboratorio queda encargado del plan de mejoramiento instiutcional	Se ejecuta totalmente el plan de mejormaineto institucional por parte del personal encargado del laboratorio.	22 de julio 2024	31 de Octubre 2024	Lider del laboratorio	
41	El laboratorio no realiza cargue, al momento de la visita no se evidencio ningún soporte de cargue a SUI, ademas manifiestan realizar solo el cargue de fisicoquimico pero no adjuntaron ninguna evidencia. Incumpliendo el numeral 6,10	Realizar el cargue de todos los documentos solicitados en la plataforma SUI. Asi mismo, hacer la gestion para realizar el cargue de los resultados de microbiologia	El laboratorio realiza el cargue a la plataforma SUI periodicamente.	El laboratorio cumple con el cargo de los archivos fisicoquimico y microbiologico en la plataforma SUI.	22 de julio 2024	31 de Octubre 2024	Lider del laboratorio	En proceso
42	El laboratorio no cuenta con un manual o plan de gestion integral para el manejo de los residuos (PGIRHS) generados en sus diferentes secciones y areas de trabajo, ajustado a su grado de complejidad y de acuerdo a la normatividad vigente.	Realizar un PGIRHS acorde a las necesidades del aboratorio para su optimo funcionamiento	El laboratorio cuenta con un plan de gestion integral de residuos acorde a su funcionamiento	El laboratorio cuenta con un PGIRHS.	22 de julio 2024	31 de Octubre 2024	Lider del laboratorio	
43	El laboratorio no adopta el codigo de colores para los recipientes de recoleccion de residuos que facilita la separacion de los mismos, de acuerdo a la actividad desarrollada por cada seccion del laboratorio.	Realizar el manejo de colores de las bolsas correpsondientes a cada recipiente que se encuentra en el laboratorio.	El laboratorio cuenta con clasificacion de bolsas de colores de acuerdo a las actividades realziadas dentro del labroatorio	El laboratorio relaiza el manejo de colores acorde a sus actvidades.	22 de julio 2024	31 de Octubre 2024	Lider del laboratorio	
44	El laboratorio no cuenta con contrato vigente de gestor externo RESPEL. Su último contrato tiene como fecha de finalización 2024-02-05. Incumpliendo el numeral 5,8	Realizar la contratacion de la empresa encargada de recoleccion de residuos peligrosos. Asi mismo, llevar toda la documentacion o trazabilidad para la depuracion de estos residuos peligrosos por parte del ente encargado.	El laboratorio cuenta con un ente encargado para la dispposicion de sus residuos.	El laboratorio cuenta con contrato vigente de gestor externo para la recoleccion y disposición de los residuos originados en el mismo.	22 de julio 2024	31 de Octubre 2024	Lider del laboratorio	
45	El laboratorio cuenta con documento PM-SIG-GAM-PL-02 PLAN DE GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUIOS SÓLIDOS Y RESIDUOS PELIGROSOS PGIRS- RESPEL - LABORATORIO - PTAP, sin embargo en el no se encuentra consignado las rutas sanitarias para la recolección de residuos.	Realizar la modificion en el plan de gestion integral de residuos solidos y peligrosos en el laboratorio, donde se incluya sus rutas sanitarias para la recoleccion de residuos.	El laboratorio cuenta con sus rutas sanitarias para la recoleccion de sus residuos.	El laboratorio implementa una ruta sanitaria para la recoleccion de los residuos peligrosos y no peligrosos.	22 de julio 2024	31 de Octubre 2024	Lider del laboratorio	

PAIPA S.A. E.S.P. Red Vital	RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P.	CÓDIGO	
	CONTROL INTERNO	PV-CI-AI-FO-01	
	ACTA DE APERTURA O CIERRE DE AUDITORÍA	FECHA	14/03/2023
		VERSIÓN	02
		PÁGINA	1 de 1

Fecha de inicio / terminación: 27 de mayo del 2024		**Hora de inicio/ terminación : 09:00 AM**	
JHON EDISON FONSECA BARÓN			
Auditor	**Firma**	**Auditados**	**Firma**
JHON EDISON FONSECA BARÓN **Auditor Lider**	Jhon Edison Fonseca	**DIANA KATHERINE HURTADO FIGUEREDO** **SUB, ADMINISTRATIVA FINANCIERA Y COMERCIAL**	D. HURTADO F.
ANDREW MASAMI ASAKURA GARCIA **Auditor Interno**			

ALCANCE DE LA AUDITORÍA

La Auditoria Interna aplica para todos los procedimientos a cargo a la **SUBGERENCIA , ADMINISTRATIVA FINANCIERA Y COMERCIAL** de la empresa de servicios RED VITAL PAIPA S.A.E.S.P

OBJETIVOS DE LA AUDITORIA

Realizar la verificación al proceso a cargo a la **SUBGERENCIA, ADMINISTRATIVA FINANCIERA Y COMERCIAL,** aplicación del marco normativo, procedimientos y en general la forma como se desarrolla al interior, detectando fortalezas y oportunidades de mejora.

METODOS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA AUDITORÍA

El dia 16 de mayo del 2024 mediante un comunicado formalizado a traves del oficio RVP0387/2024, se informa la apertura del proceso de auditoría.,el cual se desarrolla de acuerdo a las etapas establecidas ,siendo las 09:00 am del dia 27 de mayo se da apertura a la auditoría efectuada al proceso en meción,en cumplimiento al plan anual de auditorías de la vigencia 2024.

En aplicación al decreto 648 de 2017 ,articulo 2.2.21.4.8 la Oficina de Control Interno incorpora los siguientes instrumentos para la actividad de la Auditoría Interna : codigo de etica del Auditor Interno y procedimiento del auditor interno PV-CI-MC-PR-01.
Fase de ejecución del 27 de mayo al 21de junio del 2024 .

PAIPA S.A. E.S.P. Red Vital	RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P.	CÓDIGO	
	CONTROL INTERNO	PV-CI-AI-FO-01	
	ACTA DE APERTURA O CIERRE DE AUDITORÍA	FECHA	14/03/2023
		VERSIÓN	02
		PÁGINA	1 de 1

Cronograma del plan de trabajo a desarrollar :

PROCEDIMIENTO	RESPONSABLE	FECHA
CONTABILIDAD Y PRESUSPUESTO	JESSICA YURLEY MORALES VÁQUEZ LIDER DE CONTABILIDAD Y PRESUSPUESTO	28,29 de mayo 2024.
RECURSOS FÍSICOS ALMACÉN	MARIBEL BECERRA AVENDAÑO ALMACEN	30 de mayo 2024
GESTIÓN CONTRACTUAL	LINA MARÍA RICO VALDERRAMA	04 junio 2024.
GESTIÓN DOCUMENTAL - ARCHIVO	MAYERLINE DUEÑEZ PACHECO	11 junio 2024
TESORERIA	LISBETH YOHANA ALBA CAMARGO	17 de junio 2024
CORDINACIÓN ,FACTURACIÓN,COMERCIAL Y PQRSD	JEYSON JHOAN ORTÍZ NIÑO MARIA ALEJANDRA OCHOA ÁVILA GLADYS JACKELINE PACHECO MARTÍNES	25 de junio 2024
GESTIÓN DE TALENTO HUMANO	DIANA KATHERINE HURTADO FIGUEREDO SUB, ADMINISTRATIVA FINANCIERA Y COMERCIAL	04 de septiembre 2024

JHON EDISON FONSECA BARÓN

Auditor

DIANA KATHERINE HURTADO FIGUEREDO

Responsable de Proceso o Área Auditado

PAIPA S.A. E.S.P. Red Vital	RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P.	CÓDIGO	
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	PE-SIG-SGC-FO-08	
	REGISTRO DE ASISTENCIA	FECHA	14/03/2023
		VERSIÓN	02
		PÁGINA	1 de 1

NOMBRE DEL EVENTO	Auditoria Interna	HORA	9:00 Am	FECHA	28 y 29/05/2024
REALIZADO POR	Shon Edison Fonseca B. / Andrew M	TEMAS A TRATAR			
DIRIGIDO A	Contabilidad				

No.	No. IDENTIFICACIÓN	NOMBRE ASISTENTE	ÁREA	CARGO	FIRMA
1	1053.605.548	JESSICA MORALES .V.	CONTABILIDAD Y PRESUPUESTO	CONTADOR.	
2	1053605.825	Andrew Mayomi Alvarez G.	SIG	Prof. SIG	
3	1053604562	Shon Edison Fonseca B.	Directivo	Jefe Control Interno	Shon Edison Fonseca B

PAIPA S.A. E.S.P. Red Vital	RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P.	CÓDIGO	
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	PE-SIG-SGC-FO-08	
	REGISTRO DE ASISTENCIA	FECHA	14/03/2023
		VERSIÓN	02
		PÁGINA	1 de 1

NOMBRE DEL EVENTO	Auditoria Interna	HORA	9:00 Am	FECHA	30/02/2024
REALIZADO POR	Jhon Edison Fonseca / Andrew Navarro	TEMAS A TRATAR			
DIRIGIDO A	Almacen				

No.	No. IDENTIFICACIÓN	NOMBRE ASISTENTE	ÁREA	CARGO	FIRMA
1	46681560	Marybel Becerra Buendaño	Administrativa	Aux Administrativa -Almacén	Marybel B.
2	1053604562	Jhon Edison Fonseca B.	Directiva	Jefe Control Interno	Jhon Edison fonseca B.

PAIPA S.A. E.S.P. Red Vital	RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P.	CÓDIGO	
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	PE-SIG-SGC-FO-08	
	REGISTRO DE ASISTENCIA	FECHA	14/03/2023
		VERSIÓN	02
		PÁGINA	1 de 1

NOMBRE DEL EVENTO	Auditoria Interna	HORA	9:00 Am	FECHA	04/06/2024
REALIZADO POR	Shon Edison F / Andrew M.	TEMAS A TRATAR			
DIRIGIDO A	Contratación				

No.	No. IDENTIFICACIÓN	NOMBRE ASISTENTE	ÁREA	CARGO	FIRMA
1	1053609802	Tina Maria Rico V.	Administrativa	Gestion Contractual	
2	1053604562	Shon Edison Fonseca B.	Directiva	Jefe Control Interno	Shon Edison F.

PAIPA S.A. E.S.P. Red Vital	RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P.	CÓDIGO	
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	PE-SIG-SGC-FO-08	
	REGISTRO DE ASISTENCIA	FECHA	14/03/2023
		VERSIÓN	02
		PÁGINA	1 de 1

NOMBRE DEL EVENTO	Auditoria Interna	HORA	9:00 Am	FECHA	11/06/2024
REALIZADO POR	Shon Edison F / Andrew M.	TEMAS A TRATAR			
DIRIGIDO A	Archivo				

No.	No. IDENTIFICACIÓN	NOMBRE ASISTENTE	ÁREA	CARGO	FIRMA
1	46.681148	Hayaline Dueñez Pacheco	Aux Administrativo	Archivo	
2	1053804562	Shon Edison Fonseca Barón	Directiva	Jefe Control Interno	Shon Edison Fonseca B.
3	1053804279	Andrew Mayam Alava Gr.	TIG	Prof TIG	

PAIPA S.A. E.S.P. Red Vital	RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P.	CÓDIGO	
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	PE-SIG-SGC-FO-08	
	REGISTRO DE ASISTENCIA	FECHA	14/03/2023
		VERSIÓN	02
		PÁGINA	1 de 1

NOMBRE DEL EVENTO	Auditoria Interna	HORA	9:00 AM	FECHA	17/06/2024
REALIZADO POR	Control interno - SIG	TEMAS A TRATAR			
DIRIGIDO A	Tesoreria				

No.	No. IDENTIFICACIÓN	NOMBRE ASISTENTE	ÁREA	CARGO	FIRMA
1	1053611559	Lisbeth Yohana Alba Camargo	Tesoreria	Tesorera	
2	1053605828	Andrea Mayumi Arakaki Caem	SIG	Prof. SIG	
3	1053604562	Shan Edison Forero B.	Direction	Jefe control Interno	Shan Edison FB

PAIPA S.A. E.S.P. Red Vital	RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P.	CÓDIGO	
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	PE-SIG-SGC-FO-08	
	REGISTRO DE ASISTENCIA	FECHA	14/03/2023
		VERSIÓN	02
		PÁGINA	1 de 1

NOMBRE DEL EVENTO	Auditoria Interna	HORA	09:00.	FECHA	25/06/24
REALIZADO POR	Shon Edison F / Andrew M	TEMAS A TRATAR	Auditoria Interna ISO 9001:2015 / Comercial Facturacion Paros		
DIRIGIDO A	Comercial				

No.	No. IDENTIFICACIÓN	NOMBRE ASISTENTE	ÁREA	CARGO	FIRMA
1	1052397667	Jeyson J. Ortiz Niño	Comercial	Profesional Lider Area	
2	1053604562	Shon Edison Fonseca Barón	Directivo	Jefe Control Interno	Shon Edison Fonseca B.

PAIPA S.A. E.S.P. Red Vital	RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P.	CÓDIGO	
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	PE-SIG-SGC-FO-08	
	REGISTRO DE ASISTENCIA	FECHA	14/03/2023
		VERSIÓN	02
		PÁGINA	1 de 1

NOMBRE DEL EVENTO	Auditoria Interna 2024	HORA	9:00 AM	FECHA	04/09/2024
REALIZADO POR		TEMAS A TRATAR			
DIRIGIDO A	Sub Gerencia Administrativa y f.				

No.	No. IDENTIFICACIÓN	NOMBRE ASISTENTE	ÁREA	CARGO	FIRMA
1	1.053.606.359	Katherine Hurtado Figueredo	Administrativa	Subgerente Administrativa	HURTADO F.
2	1053604562	Shon Edison Fonseca B.	Administrativa	Jefe Control Interno	Shon Edison Fonseca B.
3	1053601825	Andrea Marcela Alvarez C.	SIG	SIG	

PAIPA S.A. E.S.P. Red Vital	RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P.	CÓDIGO	
	GESTIÓN DE SISTEMAS Y COMUNICACIONES	PA-GCOM-FO-01	
	OFICIOS / COMUNICACIONES	FECHA	14/03/2023
		VERSIÓN	02
		PÁGINA	1 de 1

Radicado	-	Número	*Marque con X*	
	-	**RVP/06902024**	Interna	X
			Externa	

Fecha Emisión	**Día**	**Mes**	**Año**
	09	09	2024

Dirigida a	**DIANA KATHERINE HURTADO FIGUEREDO** **SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA FINANCIERA Y COMERCIAL.**
Asunto	**INFORME PRELIMINAR AUDITORIA INTERNA 2024.** **SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA FINANCIERA Y COMERCIAL.**

Cordial saludo:

De manera atenta entrego a su proceso el Informe Preliminar de la Auditoria realizada a la SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA FINANCIERA Y COMERCIAL, en cumplimiento al derecho de contradicción, se dará un término de (5) días para las aclaraciones que consideren pertinente, posteriormente se Genera el Informe Final.

Cualquier inquietud estaré atento. Agradezco su gentil atención.

PAIPA S.A. E.S.P. Red Vital AL SERVICIO DE SUMERCÉ

Jhon Edison Fonseca Barón

Emite	**JHON EDISON FONSECA BARÓN**
Empleo	Jefe de Control Interno
	Controlinterno@redvitalpaipa.com

Validación	*Nombre Completo / Empleo*	*Vo.Bo.*		*No*	*Anexos*	*Folios*
Elaboró	*Jhon edison fonseca baron/jefe de control interno*	*JEFB*		*1*	*INFROME PRELIMINAR*	*79*

PAIPA S.A. E.S.P. Red Vital	RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P.	CÓDIGO	
	GESTIÓN DE SISTEMAS Y COMUNICACIONES	PA-GCOM-FO-01	
	OFICIOS / COMUNICACIONES	FECHA	14/03/2023
		VERSIÓN	02
		PÁGINA	1 de 2

Radicado	-	Número	*Marque con X*	
	-	**RVP0708/2024**	Interna	X
			Externa	

Fecha Emisión	Día	Mes	Año
	12	09	2024

Dirigida a	**IVAN DARIO MEDINA BECERRA** SUBGERENTE OPERATIVO
Asunto	**APERTURA AUDITORIA INTERNA 2024.** **Subgerencia operativa.**

Cordial saludo.

En desarrollo de los roles de seguimiento y evaluación propios de la Oficina de Control Interno y del Plan Anual de Auditorías de la Vigencia 2024 me permito informarles que se adelantará proceso de **AUDITORIA INTERNA** a la Subgerencia Operativa de la empresa de servicios **públicos RED VITAL PAIPA S.A.E.S.P.**

TIPO DE AUDITORIA	AUDITORIA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN
Objetivo	Realizar la verificación al Proceso y Procedimientos de la **SUBGERENCIA OPERATIVA**, aplicación del marco normativo, procedimientos y en general la forma como se desarrolla al interior, detectando fortalezas y oportunidades de mejora.
Alcance	La auditoría interna aplica para todos los procedimientos de la **SUBGERENCIA OPERATIVA.** de la empresa de servicios RED VITAL PAIPA S.A.E.S.P.

La auditoría está programada para adelantarse así.

Fase de planeación	Del 11 al 14 de septiembre 2024.
Fase de ejecución	Del 17 septiembre al 01 de octubre 2024.
Informe preliminar	08 de octubre 2024.
Informe final	14 de octubre 2024.

Cronograma del plan de trabajo a desarrollar

PROCEDIMIENTO	RESPONSABLE	FECHA
GESTIÓN AMBIENTAL (PLANTAS)	JULIETH PAOLA CAMARGO PEDRAZA	17 SEPTIEMBRE 6:00 AM PTAP REVISIÓN CAMPO DOCUMENTACIÓN
REDES ACUEDUCTO	ALITH ADOLFO LÓPEZ	19 SEPTIEMBRE 8:00 AM TODO EL DIA REVISIÓN CAMPO DOCUMENTACIÓN
ASEO BARRIDO SERVICIOS GENERALES	ELKIN FERNEY ESPEJO RODRIGUEZ	20 DE SEPTIEMBRE 4:30 AM REVISIÓN CAMPO DOCUMENTACIÓN
SELECCIÓN EN LA FUENTE (Hojas de vida)	RAGUNHATHA TORRES LEAL	23 DE SEPTIEMBRE 8:00 AM REVISIÓN CAMPO DOCUMENTACIÓN
ORNATO	ELKIN FERNEY ESPEJO RODRIGUEZ	24 DE SEPTIMEBRE 8:00 AM DOCUMENTACIÓN
RECOLECCIÓN	ELKIN FERNEY ESPEJO RODRIGUEZ	25 DE SEPTIEMBRE 8:00 AM REVISIÓN RUTA ALEATORIA Y VEHÍCULOS DOCUMENTACIÓN

REDES ALCANTARLLADO	ALITH ADOLFO LÓPEZ	26 DE SEPTIEMBRE 8:00 AM TODO EL DIA REVISIÓN CAMPO DOCUMENTACIÓN
GESTIÓN AMBIENTAL (PLANTAS)	JULIETH PAOLA CAMARGO PEDRAZA	27 DE SEPTIMEBRE 6:00 AM PTAR REVISIÓN CAMPO DOCUMENTACIÓN
LABORATORIO	JUAN CAMILO CHAPARRO RUIZ	30 DE SEPTIEMBRE 6:00 AM DE OCTUBRE REVISIÓN CAMPO DOCUMENTACIÓN
SUBGERENCIA OPERATIVA	IVAN DARÍA MEDINA BECERRA	01 DE OCTUBRE 9: 00 AM DOCUMENTACIÓN

La auditoría se realizará con base en el análisis de diferentes muestras aleatorias seleccionadas por el auditor y se fundamentan en los soportes documentales teles como; expediente fuente, procesos y procedimientos, reportes de los sistemas de información, creces y validaciones, normatividad interna y externa que regulan la materia.

En aplicación al decreto 648 de 2017 art.2.2.21.4.8 la Oficina de Control Interno incorpora los siguientes instrumentos código de ética del auditor.

Por tal motivo le solicito su mayor colaboración con el desarrollo de la misma, y con el suministro oportuno de la información requerida.
Por favor diligenciar el formato denominado **CARTA DE REPRESENTACIÓN** y remitirlo a la Oficina de Control Interno.

Cualquier inquietud estaré atento. Agradezco su gentil atención.

Jhon Edison Fonseca Barón

Emite	**JHON EDISON FONSECA BARÓN**	Emite	**ANDREW MASAMI ASAKURA GARCIA**
Empleo	Jefe de Control Interno	Empleo	Sistema Integrado de Gestión

Validación	*Nombre Completo / Empleo*	*Vo.Bo.*		*No*	*Anexos*	*Folios*
Elaboró	*Jhon edison fonseca baron/jefe de control interno*	*JEFB*		*1*		

PAIPA S.A. E.S.P. Red Vital	RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P.	CÓDIGO	
	GESTIÓN DE SISTEMAS Y COMUNICACIONES	PA-GCOM-FO-01	
	OFICIOS / COMUNICACIONES	FECHA	14/03/2023
		VERSIÓN	02
		PÁGINA	1 de 1

Fecha Emisión	Día	Mes	Año
	13	09	2024

DIRIGIDA A	**JHON EDISON FONSECA BARON** **Jefe de control Interno**
Asunto	**CARTA DE REPRESENTACIÓN**

CARTA DE REPRESENTACIÓN

Fecha: _____13/09/2024_____

ING. JHON EDISON FONSECA BARON

Jefe de control interno

Cordial saludo:

Mediante la presente carta me permito confirmar que para el desarrollo de la auditoria que se va realizar por parte de control interno al proceso:

SUBGERENCIA OPERATIVA

El 17 de septiembre que tiene como objetivo:

Realizar la verificación al proceso y procedimiento de la SUBGERENCIA OPERATIVA, aplicación del marco normativo, procedimientos y en general la forma como se desarrolla al interior, detectando fortalezas y oportunidades de mejora.

Declaro lo siguiente:

Somos responsables de la oportuna preparación, presentación y consistencia de la información que se entrega en el marco de la AUDITORIA A LA OFICINA DE CONTROL INTERNO.

1. Se hará entrega oficialmente de toda la información relacionada con la gestión del proceso a evaluar, atendiendo los requerimientos hechos por la oficina de la unidad de control interno.
2. La información a suministrar será válida, integral y completa para los propósitos del proceso auditar.

Iván Darío Medina

Emite	**IVÁN DARÍO MEDINA BECERRA**
Empleo	**SUBGERENTE OPERATIVO**

Validación	*Nombre Completo / Empleo*	*Vo.Bo.*		*No*	*Anexos*	*Folios*
Elaboró	*IVAN DARIO MEDINA BECERRA/SUBGERENTE OPERATIVO*	Iván M		*1*		

PAIPA S.A. E.S.P. Red Vital	RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P.	CÓDIGO	
	CONTROL INTERNO	PV-CI-AI-FO-01	
	ACTA DE APERTURA O CIERRE DE AUDITORÍA	FECHA	14/03/2023
		VERSIÓN	02
		PÁGINA	1 de 1

Fecha de inicio / terminación: 17 de septiembre del 2024		**Hora de inicio/ terminación : 09:00 AM**	
JHON EDISON FONSECA BARÓN			
Auditor	**Firma**	**Auditados**	**Firma**
JHON EDISON FONSECA BARÓN **Auditor Lider**	Jhon Edison Fonseca B.	**IVAN DARIO MEDINA BECERRA.Sub gerente operativo**	Ivan Dario Medina
ANDREW MASAMI ASAKURA GARCIA **Auditor Interno**			

ALCANCE DE LA AUDITORIA

La Auditoria Interna aplica para todos los procedimientos a cargo a la **SUBGERENCIA , OPERATIVA** de la empresa de servicios RED VITAL PAIPA S.A.E.S.P

OBJETIVOS DE LA AUDITORIA

Realizar la verificación al proceso a cargo a la **SUBGERENCIA, OPERATIVA,** aplicación del marco normativo, procedimientos y en general la forma como se desarrolla al interior, detectando fortalezas y oportunidades de mejora.

METODOS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA AUDITORIA

El dia 12 de septiembre del 2024 mediante un comunicado formalizado a traves del oficio RVP0708/2024, se informa la apertura del proceso de auditoria.,el cual se desarrolla de acuerdo a las etapas establecidas ,siendo las 09:00 am del dia 18 septiembre se da apertura a la auditoria efectuada al proceso en meción,en cumplimiento al plan anual de auditorias de la vigencia 2024.

En aplicación al decreto 648 de 2017 ,articulo 2.2.21.4.8 la Oficina de Control Interno incorpora los siguientes instrumentos para la actividad de la Auditoria Interna : codigo de etica del Auditor Interno y procedimiento del auditor interno PV-CI-MC-PR-01.
Fase de ejecución del 18 de septiembre al 03 de octubre 2024 .

PAIPA S.A. E.S.P. Red Vital	RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P.	CÓDIGO	
	CONTROL INTERNO	PV-CI-AI-FO-01	
	ACTA DE APERTURA O CIERRE DE AUDITORÍA	FECHA	14/03/2023
		VERSIÓN	02
		PÁGINA	1 de 1

PROCEDIMIENTO	RESPONSABLE	FECHA
ACUEDUCTO	ALITH ADOLFO LÓPEZ	03 DE OCTUBRE DE 2024
ALCANTARILLADO	ALITH ADOLFO LÓPEZ	03 DE OCTUBRE DE 2024
GESTIÓN AMBIENTAL (PLANTAS)	JULIETH PAOLA CAMARGO PEDRAZA	27 DE SEPTIEMBRE DE 2024
LABORATORIO	JUAN CAMILO CHAPARRO RUIZ	30 DE SEPTIEMBRE DE 2024
ASEO	ELKIN FERNEY ESPEJO RODRIGUEZ	20 DE SEPTIEMBRE
SELECCIÓN EN LA FUENTE	RAGUNHATHA TORRES LEAL	23 DE SEPTIEMBRE

Iván Darío Medina

IVAN DARIO MEDINA BECERRA
Responsable de Proceso o Área Auditado

Jhon Edison Fonseca B.

JHON EDISON FONSECA BARÓN
Auditor

PAIPA S.A. E.S.P. Red Vital	RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P.	CÓDIGO	
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	PE-SIG-SGC-FO-08	
	REGISTRO DE ASISTENCIA	FECHA	14/03/2023
		VERSIÓN	02
		PÁGINA	1 de 1

NOMBRE DEL EVENTO	Auditoria Interna	HORA		FECHA	18/09/2024
REALIZADO POR	Control Interno y Sistema Integrado de Gestión	TEMAS A TRATAR			
DIRIGIDO A	Subgerencia Operativa	Proceso: Subgerencia Operativa			

No.	No. IDENTIFICACIÓN	NOMBRE ASISTENTE	ÁREA	CARGO	FIRMA

PAIPA S.A. E.S.P. Red Vital	RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P.	CÓDIGO
	GESTIÓN DE SISTEMAS Y COMUNICACIONES	PA-GCOM-FO-01
	OFICIOS / COMUNICACIONES	FECHA 14/03/2023
		VERSIÓN 02
		PÁGINA 1 de 1

Radicado	-	Número	Marque con X	
	-	RVP0791 /2024	Interna	X
			Externa	

Fecha Emisión	Día	Mes	Año
	03	10	2024

Dirigida a	**DIANA KATHERINE HURTADO FIGUEREDO** **SUBGERENTE ADMINISTRATIVA FINANCIERA Y COMERCIAL.**
Asunto	**INFORME FINAL AUDITORIA INTERNA 2024**

Respetada Ingeniero.

De manera atenta le damos a conocer el Informe Final de la Auditoría interna realizada al proceso de la SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y COMERCIAL del 28 de mayo al 04 de septiembre del presente año, de igual manera se remite el formato del PLAN DE MEJORAMIENTO para su respectivo diligenciamiento y presentación ante la Oficina de Control Interno el día 15 de octubre del 2024.

PAIPA S.A. E.S.P. Red Vital AL SERVICIO DE SUMERCÉ

Agradezco su gentil atención y colaboración

Jhon Edison Fonseca Barón

Emite	JHON EDISON FONSECA BARÓN
Empleo	JEFE DE CONTROL INTENO
	Controlinterno@redvitalpaipa.com

Validación	*Nombre Completo / Empleo*	*Vo.Bo.*		*No*	*Anexos*	*Folios*
Elaboró	*Jhon edison fonseca baron/jefe de control interno*	*JEFB*		*1*	*1 FORMATO PLAN DE MEJORAMIENTO*	

Recibí:
DIJETADO F
4:04 PM
03 OCT - 2024

PAIPA S.A. E.S.P. Red Vital	RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P.	CÓDIGO	
	GESTIÓN DE SISTEMAS Y COMUNICACIONES	PA-GCOM-FO-01	
	OFICIOS / COMUNICACIONES	FECHA	14/03/2023
		VERSIÓN	02
		PÁGINA	1 de 2

Radicado	-	Número	Marque con X	
	-	RVP0793/2024	Interna	X
			Externa	

Fecha Emisión	Día	Mes	Año
	04	10	2024

Dirigida a	**YEISON ROKNEY TORRES SUAREZ** **Gerente General**
Asunto	**APERTURA AUDITORIA INTERNA 2024.**

Cordial saludo

En desarrollo de los roles de seguimiento y evaluación propios de la Oficina de Control Interno y del Plan Anual de Auditorías de la Vigencia 2024 me permito informarles que se adelantará proceso de **AUDITORIA INTERNA** a la Gerencia General de la empresa de servicios **públicos RED VITAL PAIPA S.A.E.S.P.**

TIPO DE AUDITORIA	AUDITORIA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN
Objetivo	Realizar la verificación al Proceso de la **GERENCIA GENERAL**, aplicación del marco normativo, procedimientos y en general la forma como se desarrolla al interior, detectando fortalezas y oportunidades de mejora.
Alcance	La auditoría interna aplica para todos los procedimientos de la **GERENCIA GENERAL**. de la empresa de servicios RED VITAL PAIPA S.A.E.S.P.

La auditoría está programada para adelantarse así.

Fase de planeación	Del 07 al 09 de octubre 2024
Fase de ejecución	Del 15 al 22 de octubre 2024
Informe preliminar	26 de octubre 2024
Informe final	31 de octubre 2024

Cronograma del plan de trabajo a desarrollar :

PROCEDIMIENTO	RESPONSABLE	FECHA
Planeación y Proyectos	Maria Amalfi Valaderrama López	15 y 16 de octubre 2024
Tecnologías de la información y comunicaciones	Oscar Ivan Larrota Ojeda Julian alfonso amaya reyes	17 de octubre 2024
Control Interno -Sistema Integrado de Gestión	Jhon Edison Fonseca Barón - Adrew Masami Asakura Garcia	18 de octubre 2024
Asesoria juridica	Karol Ivon Villamil Tovar	21 de octubre 2024

La auditoría se realizará con base en el análisis de diferentes muestras aleatorias seleccionadas por el auditor y se fundamentan en los soportes documentales teles como; expediente fuente, procesos y procedimientos, reportes de los sistemas de información, creces y validaciones, normatividad interna y externa que regulan la materia.

En aplicación al decreto 648 de 2017 art.2.2.21.4.8 la Oficina de Control Interno incorpora los siguientes instrumentos código de ética del auditor.
Por tal motivo le solicito su mayor colaboración con el desarrollo de la misma, y con el suministro oportuno de la información requerida.
Por favor diligenciar el formato denominado **CARTA DE REPRESENTACIÓN** y remitirlo a la Oficina de Control Interno.

Cualquier inquietud estaré atento. Agradezco su gentil atención.

Emite	**JHON EDISON FONSECA BARÓN**	Emite	**ANDREW MASAMI ASAKURA GARCIA**
Empleo	Jefe de Control Interno	Empleo	Sistema Integrado de Gestión

Validación	*Nombre Completo / Empleo*	*Vo.Bo.*		*No*	*Anexos*	*Folios*
Elaboró	*Jhon edison fonseca baron/jefe de control interno*	*JEFB*		*1*	*Formato carta de presentación*	

Recibi: Paola Monroy
01/02/23.

PAIPA S.A. E.S.P. Red Vital	RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P.	CÓDIGO	
	GESTIÓN DE SISTEMAS Y COMUNICACIONES	PA-GCOM-FO-01	
	OFICIOS / COMUNICACIONES	FECHA	14/03/2023
		VERSIÓN	02
		PÁGINA	1 de 1

Fecha Emisión	Día	Mes	Año
			2024

DIRIGIDA A	**JHON EDISON FONSECA BARON** **Jefe de control Interno**
Asunto	**CARTA DE REPRESENTACIÓN**

CARTA DE REPRESENTACIÓN

Fecha: 04 / 10 / 2024

ING. JHON EDISON FONSECA BARON

Jefe de control interno

Cordial saludo:

Mediante la presente carta me permito confirmar que para el desarrollo de la auditoria que se va realizar por parte de control interno al proceso de:

Gerencia General.

El 15 de Octubre. que tiene como objetivo:

Realizar la verificación al proceso de la gerencia general, aplicación del marco normativo, procedimientos y en general la forma como se desarrolla al interior, detectando: Fortalezas y oportunidades de Mejora.

Declaro lo siguiente:

Somos responsables de la oportuna preparación, presentación y consistencia de la información que se entrega en el marco de la AUDITORIA A LA OFICINA DE CONTROL INTERNO.

1. Se hará entrega oficialmente de toda la información relacionada con la gestión del proceso a evaluar, atendiendo los requerimientos hechos por la oficina de la unidad de control interno.
2. La información a suministrar será válida, integral y completa para los propósitos del proceso auditar.

Emite	**YEISON ROKNEY TORRES SUAREZ**
Empleo	**Gerente General**

Validación	*Nombre Completo / Empleo*	*Vo.Bo.*		*No*	*Anexos*	*Folios*
Elaboró	*YEISON ROKNEY TORRES SUAREZ/GERENTE GENERAL*			*1*		

PAIPA S.A. E.S.P. Red Vital	RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P.	CÓDIGO	
	CONTROL INTERNO	PV-CI-AI-FO-01	
	ACTA DE APERTURA O CIERRE DE AUDITORÍA	FECHA	14/03/2023
		VERSIÓN	02
		PÁGINA	1 de 1

Fecha de inicio / 15 de octubre del 2024		**Hora de inicio/ terminación : 09:00 AM**	
JHON EDISON FONSECA BARÓN			
Auditor	**Firma**	**Auditados**	**Firma**
JHON EDISON FONSECA BARÓN **Auditor Lider**	Jhon Edison Fonseca B.	YEISON ROKNEY TORRES SUAREZ. Gerente General	
ANDREW MASAMI ASAKURA GARCIA **Auditor Interno**			

ALCANCE DE LA AUDITORIA

La Auditoria Interna aplica para todos los procedimientos a cargo de la **GERENCIA GENERAL** de la empresa de servicios RED VITAL PAIPA S.A.E.S.P

OBJETIVOS DE LA AUDITORIA

Realizar la verificación al proceso a cargo de la **GERENCIA GENERAL**, aplicación del marco normativo, procedimientos y en general la forma como se desarrolla al interior, detectando fortalezas y oportunidades de mejora.

METODOS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA AUDITORIA

El dia 04 de octubre del 2024 mediante un comunicado formalizado a traves del oficio RVP0793/2024, se informa la apertura del proceso de auditoria.,el cual se desarrolla de acuerdo a las etapas establecidas ,siendo las 09:00 am del dia 15 de octubre se da apertura a la auditoria efectuada al proceso en mención,en cumplimiento al plan anual de auditorias de la vigencia 2024.

En aplicación al decreto 648 de 2017 ,articulo 2.2.21.4.8 la Oficina de Control Interno incorpora los siguientes instrumentos para la actividad de la Auditoria Interna : codigo de etica del Auditor Interno y procedimiento del auditor interno PV-CI-MC-PR-01.
Fase de ejecución del 15 al 22 de octubre del 2024 .

	RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P.	CÓDIGO	
PAIPA S.A. E.S.P. Red Vital	CONTROL INTERNO	PV-CI-AI-FO-01	
	ACTA DE APERTURA O CIERRE DE AUDITORÍA	FECHA	14/03/2023
		VERSIÓN	02
		PÁGINA	1 de 1

Cronograma del plan de trabajo a desarrollar :

PROCEDIMIENTO	RESPONSABLE	FECHA
PLANEACIÓN Y PROYECTOS	MARIA AMALFI VALDERRAMA LÓPEZ	15 Y 16 de octubre 2024.
TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES	OSCAR IVAN LARROTA OJEDA JULIAN ALFONSO AMAYA REYES	17 DE OCTUBRE 2024
CONTROL INTERNO - SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	JHON EDISON FONSECA BARON. ADREW MASAMI ASAKURA GRACIA.	18 DE OCTUBRE 2024.
ASESORIA JURIDICA	KAROL IVON VILLAMIL TOVAR	21 DE OCTUBRE 2024

YEISON ROKNEY TORRES SUÁREZ
Responsable de Proceso o Área Auditado

JHON EDISON FONSECA BARÓN
Auditor

PAIPA S.A. E.S.P. Red Vital	RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P.	CÓDIGO	
	CONTROL INTERNO	PV-CI-AL-FO-09	
	PRÓRROGA DE AUDITORÍA	FECHA	14/03/2023
		VERSIÓN	03
		PÁGINA	1 de 1

PRÓRROGA DE AUDITORÍA

1. DATOS GENERALES	
NÚMERO DE PRÓRROGA	01
FECHA DE SOLICITUD	Mes de octubre
ÁREA / DEPENDENCIA	Planeación y Proyectos
AUDITORÍA PROGRAMADA	Mes de octubre
TIPOS DE AUDITORÍA	Auditoria interna
ÁREAS A AUDITAR	Planeación y Proyectos
CIUDAD	Paipa Boyacá

2. JUSTIFICACIÓN DE LA PRÓRROGA
Reuniones o imprevistos por manejo de operarios a su cargo.

3. DURACIÓN DE LA PRÓRROGA	
FECHA DE INICIO	Mes de octubre
FECHA DE FIN	Mes de diciembre

4. APROBACIONES	
SOLICITANTE DE LA PRÓRROGA	ING. MARÍA AMALFI VALDERRAMA LÓPEZ
JEFE DE CONTROL INTERNO DE GESTIÓN	ING. JHON EDISON FONSECA BARÓN
AUDITOR INTERNO SIG	ING. ANDREW MASAMI ASAKURA GARCÍA

PAIPA S.A. E.S.P. Red Vital	RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P.	CÓDIGO	
	GESTIÓN DE SISTEMAS Y COMUNICACIONES	PA-GCOM-FO-01	
	OFICIOS / COMUNICACIONES	FECHA	14/03/2023
		VERSIÓN	03
		PÁGINA	1 de 1

Radicado	-	Número	Marque con X	
	-	RVP010/2025	Interna	X
			Externa	

Fecha Emisión	Día	Mes	Año
	03	01	2025

Dirigida a	**IVÁN DARÍO MEDINA BECERRA** **Subgerente General Operativo**
Asunto	**INFORME- PRELIMINAR AUDITORIA INTERNA 2024**

Cordial saludo.

De manera atenta le damos a conocer el Informe Preliminar de la Auditoria realizada al proceso de la Subgerencia General Operativa los días 18/09/2024 20/09/2024 - 23/09/2024 - 24/09/2024 - 25/09/2024 - 27/09/2024 - 30/09/2024 - 03/10/2024. En cumplimiento al derecho de contradicción, se dará un término de tres (3) días para las aclaraciones que considere pertinente, posteriormente se genera el Informe final.

PAIPA S.A. E.S.P. Red Vital

Sin otro en particular.

Jhon Edison Fonseca Barón

Emite	JHON EDISON FONSECA BARÓN
Empleo	Líder de Control Interno

Validación	*Nombre Completo / Empleo*	*Vo.Bo.*		*No*	*Anexos*	*Folios*
Elaboró	*Jhon edison fonseca b/líder de control interno*	*jefb*		*1*	*Informe auditoria interna preliminar subgerencia general operativa*	*36*
Revisó	*Jhon edison fonseca b/líder de control interno*	*jefb*		*2*		
Aprobó	*Jhon edison fonseca b/líder de control interno*	*jefb*		*3*		

Iván Darío Medina
03.01.2025

Km 1 Vía Francisco Montaña / Código Postal 150444
Números de Contacto: +(57) 320 8587785 – 320 8585284
Correo electrónico: redvital@redvitalpaipa.com / controlinterno@redvitalpaipa.com
Página Web: www.redvitalpaipasaesp.com

PAIPA S.A. E.S.P. Red Vital	RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P.	CÓDIGO	
	CONTROL INTERNO	PV-CI-AL-FO-09	
	PRÓRROGA DE AUDITORÍA	FECHA	14/03/2023
		VERSIÓN	03
		PÁGINA	1 de 1

PRÓRROGA DE AUDITORÍA

1. DATOS GENERALES	
NÚMERO DE PRÓRROGA	02
FECHA DE SOLICITUD	Mes de octubre
ÁREA / DEPENDENCIA	Subgerencia Operativa
AUDITORÍA PROGRAMADA	Mes de octubre
TIPOS DE AUDITORÍA	Auditoria interna
ÁREAS A AUDITAR	Planeación y Proyectos
CIUDAD	Paipa Boyacá

2. JUSTIFICACIÓN DE LA PRÓRROGA
Reuniones o imprevistos por manejo de operarios a su cargo.

3. DURACIÓN DE LA PRÓRROGA	
FECHA DE INICIO	Mes de octubre
FECHA DE FIN	Mes de diciembre

4. APROBACIONES	
SOLICITANTE DE LA PRÓRROGA	ING. IVÁN DARÍO MEDINA BECERRA
JEFE DE CONTROL INTERNO DE GESTIÓN	ING. JHON EDISON FONSECA BARÓN
AUDITOR INTERNO SIG	ING. ANDREW MASAMI ASAKURA GARCÍA

PAIPA S.A. E.S.P. Red Vital	RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P.	CÓDIGO	
	GESTIÓN DE SISTEMAS Y COMUNICACIONES	PA-GCOM-FO-01	
	OFICIOS / COMUNICACIONES	FECHA	14/03/2023
		VERSIÓN	03
		PÁGINA	1 de 1

Radicado	-	Número	Marque con X	
	-	RVP 025/2025	Interna	X
			Externa	

Fecha Emisión	Día	Mes	Año
	15	01	2025

Dirigida a	**Jhon Edison Fonseca Baron** **Jefe de Control Interno**
Asunto	**Respuesta Informe-Preliminar Auditoria 2024**

Cordial saludo

Según la revisión realizada por la Subgerencia General del Área Operativa al informe preliminar de la auditoría realizada en el año 2024 se determina que este no requiere de aclaraciones o modificaciones como se solicitó por su parte.

PAIPA S.A. E.S.P.
edVital

Sin otro en particular, estaremos prestos a cualquier cosa que se requiera.

Ivan Dario Medina

Emite	**IVAN DARIO MEDINA BECERRA**
Empleo	SUBGERENTE GENERAL DEL ÁREA OPERATIVA

Validación	*Nombre Completo / Empleo*	*Vo.Bo.*		*No*	*Anexos*	*Folios*
Elaboró	*Ivan Dario Medina/ Subgerente Operativo*	IvanM		*1*		
Revisó	*Ivan Dario Medina/ Subgerente Operativo*	IvanM		*2*		
Aprobó	*Ivan Dario Medina/ Subgerente Operativo*	IvanM		*3*		

PAIPA S.A. E.S.P. Red Vital	RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P.	CÓDIGO	
	GESTIÓN DE SISTEMAS Y COMUNICACIONES	PA-GCOM-FO-01	
	OFICIOS / COMUNICACIONES	FECHA	14/03/2023
		VERSIÓN	03
		PÁGINA	1 de 1

Radicado	-	Número	Marque con X	
	-	RVP029/2024	Interna	X
			Externa	

Fecha Emisión	Día	Mes	Año
	16	01	2025

Dirigida a	**IVÁN DARÍO MEDINA BECERRA** SUBGERENTE GENERAL OPERATIVO
Asunto	**INFORME FINAL AUDITORIA INTERNA 2024**

Cordial saludo

De manera atenta le damos a conocer el Informe Final de la Auditoría interna realizada al proceso de la SUBGERENCIA OPERATIVA del 18 de SEPTIEMBRE al 03 de OCTUBRE del 2024, de igual manera se remite el formato del PLAN DE MEJORAMIENTO para su respectivo diligenciamiento y presentación ante la Oficina de Control Interno el día 28 de enero del 2025.

PAIPA S.A. E.S.P.

Sin otro en particular,

Jhon Edison Fonseca B.

Emite	**JHON EDISON FONSECA BARON**
Empleo	LÍDER DE CONTROL INTERNO

Validación	*Nombre Completo / Empleo*	*Vo.Bo.*		*No*	*Anexos*	*Folios*
Elaboró	*Jhon edison fonseca baron/líder de control interno*	*jefb*		*1*	*1 formato plan de mejoramiento*	
Revisó	*Jhon edison fonseca baron/líder de control interno*	*jefb*		*2*		
Aprobó	*Jhon edison fonseca baron/líder de control interno*	*jefb*		*3*		

Iván Darío Medina

INFORME DE AUDITORÍA

ENTIDAD	RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P.
NIT	900259348-5
REPRESENTANTE LEGAL	Yeison Rokney Torres Suarez
CARGO	Gerente General
MODALIDAD DE AUDITORÍA	Auditoría Interna por Mapa de Procesos
VIGENCIA AUDITADA	2023-2024
FECHA DE LA AUDITORÍA	18/09/2024 20/09/2024 23/09/2024 24/09/2024 25/09/2024 27/09/2024 30/09/2024 03/10/2024
FECHA DE INFORME	03/01/2025
NIVEL DE PROCESO	Dependencias
APOYO (SUB GERENCIA GENERAL OPERATIVA)	Procedimientos encargados por la Subgerencia General Operativa.
PROCESO / ÁREA AUDITADO	SUBGERENCIA GENERAL OPERATIVA.
PERSONAL AUDITADO	Procedimientos encargados por la Subgerencia General Operativa.
OBJETIVOS	Evaluar el Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001:2015, verificando el cumplimiento de los procesos, políticas, procedimientos y prácticas relacionadas de las áreas / dependencias de la Subgerencia General Operativa. Verificar el cumplimiento las normativas y regulaciones establecidos de los Sistemas Integrados de Gestión. Identificar las recomendaciones para mejorar el SG para aumentar la eficacia y efectividad de los SGC.
ALCANCE	Criterios seleccionados de a la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015. Solicitud de la información documentada pertinentes al Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001:2015 y los requisitos reglamentarios, contractuales y legales aplicables
CRITERIOS DE AUDITORÍA	Manual de Contratación de la Entidad Manual de Funciones y Competencias Laborales Historias Laborales Lista Maestra de Documentación de la Entidad
EQUIPO AUDITOR	Jhon Edison Fonseca Barón

Líder de control interno
Andrew Masami Asakura García
Sistema Integrado de Gestión

CONTEXTO

Teniendo en cuenta el Oficio No. RVP0708-2024 del 12 de septiembre de 2024, emitido desde las Dependencias de Control Interno y Sistema Integrado de Gestión, se realiza la Auditoría Interna ISO 9001:2015 a las áreas correspondientes a la Subgerencia General Operativa, base mis Funciones y Competencias como se establecen en el Manual de Funciones de Competencias Laborales de la Entidad, establecido en el Acuerdo 006 de 2022 / SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN, en los Númerales 14 y 19.

14. Realización de la auditoría interna del sistema integrado de gestión HQSE

19. Apoyar a las dependencias y/o áreas funcionales de la empresa en la identificación y prevención de los riesgos que puedan afectar los procesos y procedimientos a cargo de estas.

PTAP (Bocatoma, San Felipe I y II, Corinto)
CONFORMIDADES

La Entidad cuenta con una Planta de Personal para el Proceso de Gestión de Acueducto (PTAP), que cuentan con una programación establecida para el cumplimiento de las actividades misionales, cumpliendo con los Números 7.1.1 y 7.1.2 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015

La Entidad cuenta con una Planta de Personal para la PTAP, cuentan con las certificaciones de competencias laborales como requisitos normativos establecidos por la secretaria de Salud Departamental, cumpliendo con el Numeral 7.2 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con el Manual de Funciones y Competencias Laborales establecido en el Acuerdo 002 de 2022 (26 de octubre de 2022). Se establecen 15 funciones para el Operario PTAP, que forma parte del Proceso de Gestión de Alcantarillado (PTAR) que forma parte del Proceso de Gestión de Alcantarillado (EBAR), como funciones trazables para el desarrollo de las actividades misionales, cumpliendo con el Numeral 7.5.1 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.
Durante la Auditoría Interna, se revisó el Contrato 009-2024 SUMINISTRO DE INSUMOS PARA EL TRATAMIENTO DE AGUA POTABLE DE PLANTAS OPERADAS POR LA EMPRESA DE SERVICIOS PÚBLICOS DE RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P. en apoyo a los procesos de tratamiento del agua, cumpliendo con el Numeral 8.4 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.

NO CONFORMIDADES

La Entidad cuenta con una Planta de Tratamiento de Agua Potable con diferentes locaciones y diferentes operaciones; sin embargo, se evidenciaron ventanas rotas, cableado suelto, puntos de tomacorrientes destapados, ausencia de tapas de tanques de almacenamiento, ausencia de controles de seguridad, ausencia de puertas, ausencia de delimitaciones de acceso dentro de la planta, incumpliendo con el Numeral 7.1.3 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.

El Área de Acueducto PTAP cuenta con los formatos PM-GAC-CT-FO-01/02/03/04/05/06/07/15/16 que hacen parte de la Lista Maestra de Documentación para la Gestión de Acueducto / Subproceso de Captación y Tratamiento PE-SIG-SGC-MT-01, se evidencia que las carpetas no se encuentran debidamente diligenciadas, espacios en blanco, diligenciamiento con diferentes fechas entre formatos, no se encuentran la trazabilidad de reportes de los turnos de los días 20,21,22 de julio de 2024 en las bitácoras de los operarios, incumpliendo con el Numeral 7.5.3 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con un PCAC de la Entidad ICONTEC, el cual establece el Plan de Trabajo de las No Conformidades establecidas, cada No Conformidad está relacionado por acciones correctivas con una fecha de cumplimiento; sin embargo, al realizar la revisión del Plan de Trabajo en relación el Área de Acueducto PTAP, se evidencia que no se han cerrado correctamente las No Conformidades No. 1 y 5, incumpliendo con el Numeral 10.2 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.

NOTA: Las No Conformidades No. 2 y 3 relacionadas están dada en el PCAC como No Conformidades Menores, su no cumplimiento generaría No Conformidad Mayor sino se tiene los soportes documentales y/o evidenciables para soportar Auditoría Externa de Segunda y Tercera parte respectivamente.

OBSERVACIONES

7.1.4 Evaluar la obligatoriedad del uso de los Elementos de Protección Personal en la Planta de Tratamiento de Agua Potable.

La Entidad cuenta con un Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo establecido por la Resolución 0312 de 2019, liderado por un Profesional SST, la Entidad cuenta con la Circular 021 de 2024, el cual establece las Directrices para la Entrega de Elementos de Protección Personal, dando cumplimiento al Capítulo III Art. 16 de la Resolución 0312 de 2019; sin embargo, se evidencia que el personal no porta constantemente los EPP en especial el casco con protector de copa auditivo.

7.5.2 Revisar la continuidad de los Registros sin evidencia de uso, en especial los pertenecientes a los Informes de Mantenimientos PTAP, que son inherentes al Sistema de Gestión de Calidad.

La Entidad cuenta con una Lista Maestra de Documentación PE-SIG-SGC-MT-01, en el cual se establece los documentos, registros y no controlados que maneja la Entidad; para el Proceso de Acueducto (PTAP), se establece sus respectivos documentos, registros pasa la trazabilidad, seguimiento y custodia de la información; sin embargo, no se evidencia diligenciamiento y seguimiento de los formatos PM-GAC-CT-FO-10 INFORMES DE

MANTENIMIENTO PTAP, PM-GAC-CT-FO-12 PLANILLA CONTROL DE INSUMOS, PM-GAC-CT-FO-17 MACROMEDIDORES PTAP.

8.1 Actualizar los documentos que pertenezca a la Lista Maestra de Documentación del Proceso de Aseo.

La Entidad cuenta con una Lista Maestra de Documentación PE-SIG-SGC-MT-01, en el cual se establece los documentos, registros no controlados que maneja la Entidad; para el Proceso de Acueducto (PTAP), se establece sus respectivos documentos, registros pasa la trazabilidad, seguimiento y custodia de la información; sin embargo, se cuenta con los manuales PM-GAC-CT-MA-01 MANUAL DE OPERACIÓN Y MANTENIMIENTO DE LAS PLANTAS DE TRATAMIENTO DE AGUA POTABLE SAN FELIPE I Y II, PM-GAC-CT-MA-02 MANUAL DE OPERACIÓN Y MANTENIMIENTO AMPLIACIÓN SISTEMA DE TRATAMIENTO CONVENCIONAL SAN FELIPE II que no se han efectuado actualización a los sistemas.

8.5.1 Legalizar la socialización de los inventarios individuales de bienes devolutivos para la Profesional Ambiental designado como jefe de Plantas.

La Entidad cuenta con un Software de Inventario SYSMAN WEB el cual soporta el Inventario de Bienes Devolutivos y de Consumo de la Entidad, la Dependencia de Acueducto (PTAP) cuenta con un Inventario Individual de Bienes Devolutivos con responsables del Subgerente General Operativo; sin embargo, no se evidencia las asignaciones de elementos e insumos al Profesional Ambiental designado como jefe de Plantas.

8.5.2 Legalizar la custodia de los bienes devolutivos a los operarios de la Planta de Tratamiento de Agua Potable.

La Entidad cuenta con un Software de Inventario SYSMAN WEB el cual soporta el Inventario de Bienes Devolutivos y de Consumo de la Entidad, la Dependencia de Acueducto (PTAP) cuenta con un Inventario Individual de Bienes Devolutivos con responsables del Subgerente General Operativo; sin embargo, no se evidencia las asignaciones de elementos e insumos al Persona PTAP.

RECOMENDACIONES	• **Realizar acciones de mejora en cuanto al Estado Actual del Bocatoma, teniendo en cuenta la ausencia de documentación para la legalización y las evidencias en campo respectivas (ANEXO 1).** • **Revisar la proyección de la adquisición de los macromedidores de la PTAP, teniendo en cuenta que son pasaron su tiempo de calibración superior a cinco (5) años.** • **Dar cumplimiento a los ítems del Plan de Acción ISO 9001:2015 (Acueducto / Captación y Tratamiento) de fecha de suscripción del 04 de junio de 2024 con fecha de vencimiento última del 03 de diciembre de 2024 (VER PLAN DE ACCIÓN ISO 9001:2015 Y ANEXO 2).** • **Adquisición de los macromedidores para la PTAP.** • **Mejoramiento de la seguridad e infraestructura de la PTAP (Malla de seguridad, instalación de cámaras de seguridad, puerta de la entrada, tapas de seguridad para los tanques de almacenamiento, ventanas rotas, pintura).**

- **Mejoramiento de la señalización de SST.**
- **Mejoramiento del cuarto de cloración con la balanza (SE EVIDENCIA MEJORA).**
- **Establecimiento del Programa de 5S para la PTAP.**
- **Realización del Plan de Calibración de Equipos.**
- **Realización de la Matriz de Compatibilidad de Sustancias Químicas para el Tratamiento de Agua Potable.**
- **Actualización del Plan de Mantenimiento del Sistema de Acueducto de la PTAP.**
- **Programación de la Competencias Laborales de los Operarios PTAP.**

- **Realizar el seguimiento que todo documento y registro que pertenezca a los modelos y versiones actuales del Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001:2015 de la Entidad (ANEXO 3).**

- **Realizar los respectivos seguimientos de los mantenimientos del Bocatoma con el personal idóneo para su cumplimiento (ANEXO 4).**

- **Evaluar la permanencia por parte de Líderes de Procesos de los elementos e inmobiliaria ubicados en el cuarto de los operarios que son ajenos a la Entidad que puedan afectar el cumplimiento de sus funciones.**

- **Revisar las rutas y mecanismos de desplazamiento de los operarios a las diferentes Plantas Menores de Agua Potable y su frecuencia.**

- **Reporter y documentar todo oficio / comunicado por escrito con trazabilidad para sustento argumentativo de acciones de mejora.**

ANEXO 1





ANEXO 2





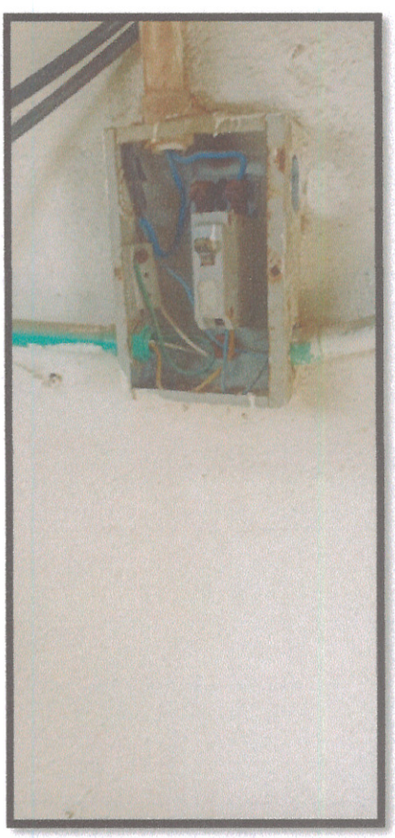




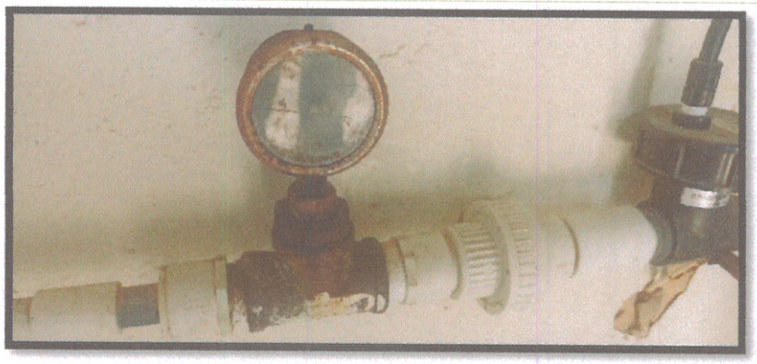




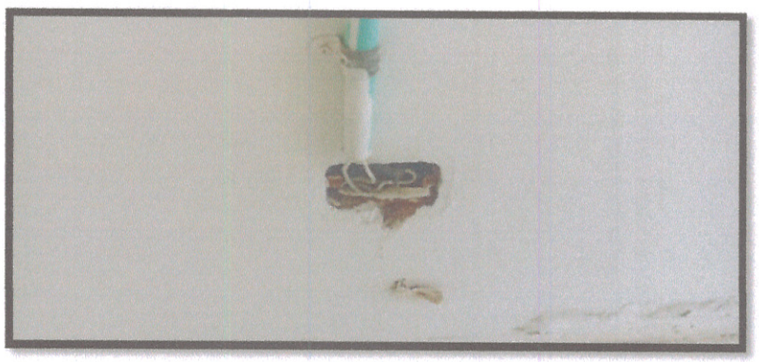






















Km 1 Vía Francisco Montaña / Código Postal 150444
Números de Contacto: +(57) 320 8587785 – 320 8585284
Correo electrónico: redvital@redvitalpaipa.com / controlinterno@redvitalpaipa.com
Página Web: www.redvitalpaipasaesp.com

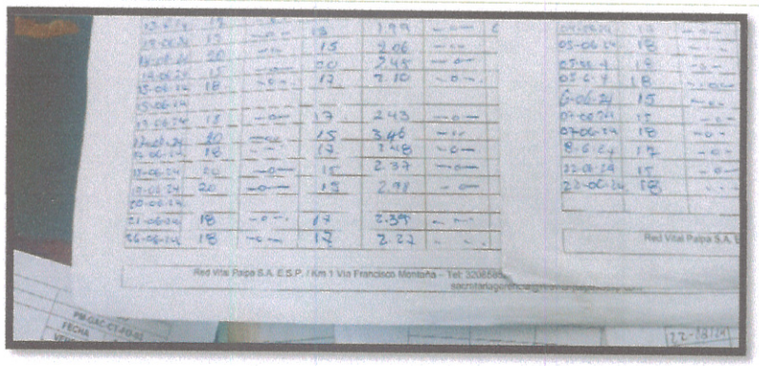


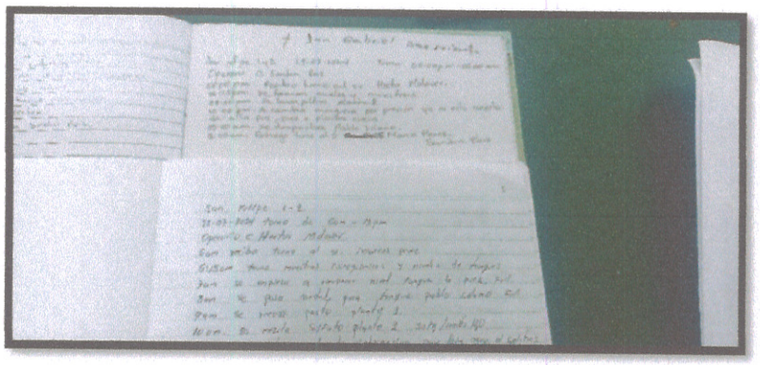






ANEXA 3





ANEXO 4



GESTIÓN DE ASEO / BARRIDO
CONFORMIDADES

La Entidad cuenta con una Planta de Personal para el Proceso de Barrido, distribuidos en las áreas de Barrido, Ornato y Recolección, que cuentan con una programación establecida para el cumplimiento de las actividades misionales, cumpliendo con los Numerales 7.1.1 y 7.1.2 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con un Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo establecido por la Resolución 0312 de 2019, liderado por un Profesional SST, la Entidad cuenta con la Circular 021 de 2024, el cual establece las Directrices para la Entrega de Elementos de Protección Personal, dando cumplimiento al Capítulo III Art. 16 de la Resolución 0312 de 2019, cumpliendo con los Numerales 7.1.4 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.

El Operario de Barrido cuenta con 14 funciones trazable para el cumplimiento de las labores misionales, de acuerdo al Manual de Funciones de Competencias Laborales RD-GD-042, cumpliendo con el Numeral 7.5.1 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.

Durante la Auditoría Interna, se realizó la revisión del formato PM-GAS-BL-FO-02 PROGRAMACIÓN RUTAS DE BARRIDO, el cual establece el cronograma de las rutas para cada uno de los sectores del municipio de Paipa con sus respectivos responsables, se evidencia que toda la información está siendo registrados por los medios digitales autorizados por la Entidad, cumpliendo con el Numeral 7.5.3 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.

Durante la Auditoría Interna, se revisaron trece (13) Evaluaciones de Desempeño Laboral del personal de barrido del primer semestre de la vigencia 2024 calificados el 03 de julio de 2024, cumpliendo con el Numeral 9.1.1 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.

NO CONFORMIDADES

La Entidad cuenta los carritos de barrido para el desarrollo de las actividades correspondientes para las diferentes locaciones y diferentes operaciones; sin embargo, no se evidencio el Plan de Mantenimiento para estos móviles, no se tiene identificación respectiva, ni cuenta con Listas de Chequeo de Verificación de los elementos de los carritos de barrido, incumpliendo con el Numeral 7.1.3 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con carritos de barrido para el desarrollo de la actividad pertinentes, para las diferentes locaciones y diferentes operaciones; sin embargo, no se evidenciaron trazabilidad de las asignaciones de los carritos de barridos ni inventarios designados con responsables de uso, incumpliendo con el Numeral 8.5.2 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.

OBSERVACIONES

7.2 Corroborar los soportes documentales de la escolaridad de los funcionarios del área de Barrido.

La Entidad cuenta con las Historias Laborales respectivas para el cumplimiento de la misionalidad del Proceso de Aseo (Barrido), se tiene CV donde se específica la escolaridad; sin embargo, se evidencia ausencias documentales de la escolaridad de funcionarios.

7.5.2 Realizar el seguimiento que todo registro que pertenezca a los modelos y versiones actuales del Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001:2015 de la Entidad.

La Entidad cuenta con una Lista Maestra de Documentación PE-SIG-SGC-MT-01, en el cual se establece los documentos, registros y no controlados que maneja la Entidad; para el Proceso de Aseo, se establece sus respectivos documentos, registros pasa la trazabilidad, seguimiento y custodia de la información; sin embargo, no se evidencia diligenciamiento y seguimiento de los formatos PM-GAS-BL-FO-01 INSPECCIÓN DE RUTAS Y HORARIOS y PM-GAS-BL-FO-03 COMPENSACIÓN DE TIEMPO SUPLEMENTARIO.

8.1 Actualizar los documentos que pertenezca a la Lista Maestra de Documentación del Proceso de Aseo.

La Entidad cuenta con una Lista Maestra de Documentación PE-SIG-SGC-MT-01, en el cual se establece los documentos, registros no controlados que maneja la Entidad; para el Proceso de Aseo, se establece sus respectivos documentos, registros pasa la trazabilidad, seguimiento y custodia de la información; sin embargo, se cuenta con el procedimiento PM-GAS-PR-01 BARRIDO Y LIMPIEZA, el cual se evidencia actividades repetitivas sin trazabilidad documental.

8.5.1 Legalizar la socialización de los inventarios individuales de bienes devolutivos para el Personal de Barrido.

La Entidad cuenta con un Software de Inventario SYSMAN WEB el cual soporta el Inventario de Bienes Devolutivos y de Consumo de la Entidad, la Dependencia de Aseo cuenta con un Inventario Individual de Bienes Devolutivos con responsable el Profesional de Aseo; sin embargo, no se evidencia las asignaciones de elementos e insumos al Personal de Barrido.

RECOMENDACIONES

- **Realizar mejoras y adecuaciones al cuarto de los carritos de barrido (ANEXO 1).**
- **Realizar la marcación, identificación y asignación de los carritos de barrido (ANEXO 2).**
- **Gestionar las Lista de Chequeo de estado de los carritos de barrido y de inventario de los operarios de barrido (ANEXO 3).**
- **Rectificar los puntos críticos para la ubicación de los residuos sólidos de los carritos de barrido (ANEXO 4).**
- **Evaluar la Ruta perteneciente a la Zona Hotelera para beneficio del operario de barrido.**
- **Evaluar la entrega de reflectivos para los operarios de barrido (ANEXO 5).**

ANEXO 1	




ANEXO 2












ANEXO 3









ANEXO 4









ANEXO 5





PLANTA DE TRANSFORMACIÓN DE RESIDUOS SÓLIDOS ORGÁNICOS

CONFORMIDADES

La Entidad cuenta con una Planta de Personal para el Proceso de Selección en la Fuente, que cuentan con una programación establecida para el cumplimiento de las actividades misionales, cumpliendo con los Numerales 7.1.1 y 7.1.2 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con un Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo establecido por la Resolución 0312 de 2019, liderado por un Profesional SST, la Entidad cuenta con la Circular 021 de 2024, el cual establece las Directrices para la Entrega de Elementos de Protección Personal, dando cumplimiento al Capítulo III Art. 16 de la Resolución 0312 de 2019, cumpliendo con los Numerales 7.1.4 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con las Historias Laborales respectivas para el cumplimiento de la misionalidad del Proceso de Aseo (Selección en la Fuente), con los soportes documentos establecidos por el Manual de Funciones y Competencias Laborales establecido en el Acuerdo 002 de 2022 (26 de octubre de 2022), cumpliendo con el Numeral 7.2 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.

El Operario de Selección en la Fuente cuenta con nueve (9) funciones trazables para el cumplimiento de las labores misionales, de acuerdo al Manual de Funciones de Competencias Laborales RD-GD-042, cumpliendo con el Numeral 7.5.1 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con una Lista Maestra de Documentación PE-SIG-SGC-MT-01, en el cual se establece los documentos, registros y no controlados que maneja la Entidad; para el Proceso de Selección en la Fuente, se establece sus respectivos documentos, registros pasa la trazabilidad, seguimiento y custodia de la información, se evidencia diligenciamiento y seguimiento de los formatos, cumpliendo con el Numeral 7.5.2 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.

Durante la Auditoría Interna, se revisaron los procedimientos PM-GAS-PR-06 ELABORACIÓN DE ABONO ORGÁNICO SÓLIDO y PM-GAS-PR-07 ELABORACIÓN DE ABONO ORGÁNICO LÍQUIDO, que establecen las actividades para la transformación de los residuos sólidos orgánicos, cumpliendo con el Numeral 8.1 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.

Durante la Auditoría Interna, se revisaron los Contratos 017-2024 en apoyo a los procesos de recolección, cumpliendo con el Numeral 8.4 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.

Durante la Auditoría Interna, se revisa el Inventario Individual de Bienes Devolutivo con fecha de corte de 26 de junio de 2024 Formato AlmG03, se evidencia el Inventario de Ornato con responsable del Profesional de Aseo Elkin Ferney Espejo Rodríguez firmado, cumpliendo con el Numeral 8.5.1 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.

Durante la Auditoría Interna, se revisaron dos (2) Evaluaciones de Desempeño Laboral del personal, segundo semestre de la vigencia 2023 calificados el 10 de enero de 2024, cumpliendo con el Numeral 9.1.1 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.

NO CONFORMIDADES

La Entidad cuenta con la sede rural perteneciente al ITA para la transformación de residuos sólidos orgánicos en abonos sólidos y lixiviados; sin embargo, no se evidencia hojas de vidas de los equipos de marca JENZAR, se evidencia ausencia de trabajos civiles, trabajos de pinturas, ausencia de recurso líquido para los baños portátiles, no se evidencia el Plan de Mantenimiento para la locación, incumpliendo con el Numeral 7.1.3 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta
con los equipos de JENZAR, herramientas e insumos para el desarrollo de la actividad de transformación de residuos sólidos orgánicos; sin embargo, no se evidenciaron trazabilidad de las asignaciones de los elementos con responsables de uso, incumpliendo con el Numeral 8.5.2 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.

OBSERVACIONES

7.5.3 Realizar el seguimiento que todo registro que pertenezca a los modelos y versiones actuales del Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001:2015 de la Entidad.

La Entidad cuenta con una Lista Maestra de Documentación PE-SIG-SGC-MT-01, en el cual se establece los documentos, registros no controlados que maneja la Entidad; para el Proceso de Selección en la Fuente, se establece sus respectivos documentos, registros pasa la trazabilidad, seguimiento y custodia de la información sin embargo, no se evidencia diligenciamiento y seguimiento de los formatos PM-GAS-SEF-FO-04 CONTROL DE SALIDA DE FERTILIZANTES ORGÁNICOS y PM-GAS-SEF-FO-05 CONTROL DE ROTACIÓN DE PILA DE COMPOSTAJE.

RECOMENDACIONES

- **Realizar mejoras y adecuaciones al cuarto del almacenamiento de insumos, elementos de seguridad y herramientas (ANEXO 1).**

- **Realizar la marcación, identificación de todas las locaciones, elementos y productos originados de la Planta de Transformación de Residuos Sólidos Orgánicos (ANEXO 1 Y 2).**

- **Realizar e implementar programas de 5S para la Planta de Transformación de Residuos Sólidos Orgánicos (ANEXO 1 Y 2).**

ANEXO 1	      
ANEXO 2	 

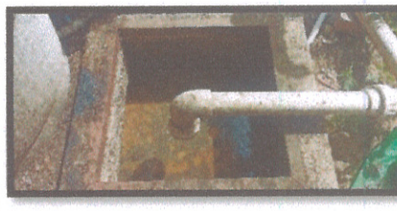

















GESTIÓN DE ASEO / ORNATO

CONFORMIDADES

La Entidad cuenta con una Planta de Personal para el Proceso de Ornato, distribuidos en las áreas de Barrido, Ornato y Recolección, que cuentan con una programación establecida para el cumplimiento de las actividades misionales, cumpliendo con los Numerales 7.1.1 y 7.1.2 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con un Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo establecido por la Resolución 0312 de 2019, liderado por un Profesional SST, la Entidad cuenta con la Circular 021 de 2024, el cual establece las Directrices para la Entrega de Elementos de Protección Personal, dando cumplimiento al Capítulo III Art. 16 de la Resolución 0312 de 2019, cumpliendo con los Numerales 7.1.4 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.

El Operario de Barrido cuenta con siete (7) funciones trazables para el cumplimiento de las labores misionales, de acuerdo al Manual de Funciones de Competencias Laborales RD-GD-042, cumpliendo con el Numeral 7.5.1 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.

Durante la Auditoría Interna, se revisaron los Contratos 004-2024, 012-2024, 014-2024, 026-2024, 030-2024, 035-2024, 041-2024, 044-2024 en apoyo a los procesos de ornato, cumpliendo con el Numeral 8.4 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.

Durante la Auditoría Interna, se revisaron ocho (8) Evaluaciones de Desempeño Laboral del personal, primer semestre de la vigencia 2024 calificados el 03 de julio de 2024, cumpliendo con el Numeral 9.1.1 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.

NO CONFORMIDADES

La Entidad cuenta con equipos y herramientas necesarias para el desarrollo de la actividad de ornato para las diferentes locaciones y diferentes operaciones; sin embargo, no se evidencio el Plan de Mantenimiento para equipos y herramientas de ornato, incumpliendo con el Numeral 7.1.3 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con una Lista Maestra de Documentación PE-SIG-SGC-MT-01, en el cual se establece los documentos, registros y no controlados que maneja la Entidad; para el

PAIPA S.A. E.S.P. Red Vital	RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P.	CÓDIGO	
	CONTROL INTERNO	PV-CI-AL-FO-03	
	INFORME DE AUDITORÍAS INTERNAS	FECHA	14/03/2023
		VERSIÓN	03
		PÁGINA	22 de 36

RECOMENDACIONES

Gestionar cursos, capacitaciones o mecanismos de aprendizaje para el manejo y mantenimiento de equipos y herramientas de ornato (ANEXO 1).

ANEXO 1













GESTIÓN DE ASEO / RECOLECCIÓN

CONFORMIDADES

La Entidad cuenta con una Planta de Personal para el Proceso de Recolección, que cuentan con una programación establecida para el cumplimiento de las actividades misionales, cumpliendo con los Numerales 7.1.1 y 7.1.2 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.

Durante la Auditoría Interna, se revisaron las quince (15) funciones del conductor de vehículo compactador y las nueve (9) funciones del operario de recolección de acuerdo al Manual de Funciones de Competencias Laborales RD-GD-042, cumpliendo con el Numeral 7.5.1 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.

Durante la Auditoría Interna, se revisaron los Contratos 002-2024, 003-2024, 004-2024, 005-2024, 012-2024, 013-2024, 014-2024, 019-2024, 026-2024, 030-2024, 031-2024, 034-2024, 035-2024, 041-2024 en apoyo a los procesos de recolección, cumpliendo con el Numeral 8.4 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.

Durante la Auditoría Interna, se revisaron cuatro (4) Evaluaciones de Desempeño Laboral de los conductores y ocho (8) Evaluaciones de Desempeño Laboral del Personal de Recolección del primer semestre de la vigencia 2024 calificados el 03 de julio de 2024, cumpliendo con el Numeral 9.1.1 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.

NO CONFORMIDADES

La Entidad cuenta con el equipo compactador para el desarrollo de la actividad de recolección para las diferentes locaciones y diferentes operaciones; sin embargo, se evidenciaron fallas principales en cada uno de los vehículos compactadores que comprometen con el cumplimiento de las actividades misionales, no se evidencia en el equipo compactador las cajas de herramientas como se establecen en el Código Nacional de Tránsito, no se evidenció el Plan de Mantenimiento para el equipo compactador, incumpliendo con el Numeral 7.1.3 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con una Lista Maestra de Documentación PE-SIG-SGC-MT-01, en el cual se establece los documentos, registros y no controlados que maneja la Entidad; para el Proceso de Aseo, se establece sus respectivos documentos, registros pasa la trazabilidad, seguimiento y custodia de la información; sin embargo, no se evidencia diligenciamiento y seguimiento de los formatos PM-GAS-RTRS-FO-06 PLANILLA CONSUMO DE COMBUSTIBLE POR KILOMETRAJE, PM-GAS-RTRS-FO-07 PLANILLA DE RECEPCIÓN DE PEAJES, PM-GAS-RTRS-FO-09 CRONOGRAMA DE LAVADO VEHÍCULOS Y CONTROL OPERATIVO, PM-GAS-RTRS-FO-11 PLANILLA DE RECEPCIÓN DE PEAJES CAUSADOS, PM-GAS-RTRS-FO-10 HOJA DE VIDA DE EQUIPO AUTOMOTOR, PM-GAS-RTRS-FO-01 INSPECCIÓN DE RUTAS Y HORARIOS, PM-GAS-RTRS-FO-03 REPORTE ACTIVIDADES MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO, PM-GAS-RTRS-FO-04 CONTROL HORAS EXTRAS CONDUCTORES, PM-GAS-RTRS-FO-05 CONTROL DE RUTAS DE RELLENO SANITARIO, PM-GAS-RTRS-FO-08 CONTROL DE RUTEO A LA ACTIVIDAD DE RECOLECCIÓN, incumpliendo con el Numeral 7.5.2 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con una Lista Maestra de Documentación PE-SIG-SGC-MT-01, en el cual se establece los documentos, registros y no controlados que maneja la Entidad; para el Proceso de Aseo (Recolección) se establece sus respectivos documentos, registros pasa la trazabilidad, seguimiento y custodia de la información; sin embargo, no se evidencia soportes documentales de las inspeccione al equipo compactador por parte de los conductores, incumpliendo con el Numeral 7.5.3 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con el equipo compactador para el desarrollo de la actividad de recolección para las diferentes locaciones y diferentes operaciones; sin embargo, no se evidencian la trazabilidad de las asignaciones para cada vehículo y sus respectivas listas de chequeo de verificación para los elementos que lo integran, incumpliendo con el Numeral 8.5.2 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.

OBSERVACIONES

7.1.4 Gestionar la recarga y compra de los elementos relacionados con la prevención y atención de emergencias.

La Entidad cuenta con un Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo establecido por la Resolución 0312 de 2019, liderado por un Profesional SST, la Entidad cuenta con veintidós (22) extintores para dar cumplimiento al Capítulo III Art. 16 de la Resolución 0312 de 2019; sin embargo, se tiene extintores vencidos y botiquines.

7.2 Corroborar los soportes documentales de la escolaridad de los funcionarios del área de Recolección.

La Entidad cuenta con las Historias Laborales respectivas para el cumplimiento de la misionalidad del Proceso de Aseo (Recolección), se tiene CV donde se específica la escolaridad; sin embargo, se evidencia ausencias documentales de la escolaridad de funcionarios.

Proceso de Aseo (Ornato) se establece sus respectivos documentos, registros pasa la trazabilidad, seguimiento y custodia de la información; sin embargo, no se evidencia soportes documentales para inspecciones de equipos/herramientas realizados por el Personal de Ornato, incumpliendo con el Numeral 7.5.3 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.

OBSERVACIONES

7.2 Corroborar los soportes documentales de la escolaridad de los funcionarios del área de Ornato.

La Entidad cuenta con las Historias Laborales respectivas para el cumplimiento de la misionalidad del Proceso de Aseo (Ornato), se tiene CV donde se específica la escolaridad; sin embargo, se evidencia ausencias documentales de la escolaridad de funcionarios.

7.5.2 Gestionar los documentos pertinentes para el manejo de las herramientas de Ornato.

La Entidad cuenta con una Lista Maestra de Documentación PE-SIG-SGC-MT-01, en el cual se establece los documentos, registros y no controlados que maneja la Entidad; para el Proceso de Aseo, se establece sus respectivos documentos, registros pasa la trazabilidad, seguimiento y custodia de la información; sin embargo, no se evidencia diligenciamiento y seguimiento de los formatos PM-GAS-SDO-FO-01 ÁREAS DE INTERVENCIÓN DE ZONAS VERDES; sin embargo, no se evidenciaron los instructivos de manejo para las herramientas de ornato.

8.1 Actualizar los documentos que pertenezca a la Lista Maestra de Documentación del Proceso de Aseo.

La Entidad cuenta con una Lista Maestra de Documentación PE-SIG-SGC-MT-01, en el cual se establece los documentos, registros y no controlados que maneja la Entidad; para el Proceso de Aseo, se establece sus respectivos documentos, registros pasa la trazabilidad, seguimiento y custodia de la información; sin embargo, se cuenta con el procedimiento PM-GAS-PR-04 CORTE DE CÉSPED Y PODA DE ÁRBOLES, el cual se evidencia actividades repetitivas sin trazabilidad documental.

8.5.1 Legalizar la socialización de los inventarios individuales de bienes devolutivos para el Personal de Ornato.

La Entidad cuenta con un Software de Inventario SYSMAN WEB el cual soporta el Inventario de Bienes Devolutivos y de Consumo de la Entidad, la Dependencia de Aseo cuenta con un Inventario Individual de Bienes Devolutivos con responsable el Profesional de Aseo; sin embargo, no se evidencia las asignaciones de elementos e insumos al Personal de Ornato.

8.5.2 Realizar la asignación de elementos e insumos de trabajo para el Personal de Ornato.

La Entidad cuenta los equipos, herramientas e insumos para el desarrollo de la actividad de ornato para las diferentes locaciones y diferentes operaciones; sin embargo, se no evidencian la trazabilidad de las asignaciones para el Personal de Ornato.

8.1 Actualizar los documentos que pertenezca a la Lista Maestra de Documentación del Proceso de Aseo.

La Entidad cuenta con una Lista Maestra de Documentación PE-SIG-SGC-MT-01, en el cual se establece los documentos, registros y no controlados que maneja la Entidad; para el Proceso de Aseo, se establece sus respectivos documentos, registros pasa la trazabilidad, seguimiento y custodia de la información; sin embargo, se cuenta con el procedimiento PM-GAS-PR-03 DISPOSICIÓN FINAL y PM-GAS-PR-05 RECOLECCIÓN, TRANSPORTE Y DISPOSICIÓN DE RESIDUOS SOLIDOS ORGÁNICOS, el cual se evidencia actividades repetitivas sin trazabilidad documental.

8.5.1 Legalizar la socialización de los inventarios individuales de bienes devolutivos para el Personal de Recolección.

La Entidad cuenta con un Software de Inventario SYSMAN WEB el cual soporta el Inventario de Bienes Devolutivos y de Consumo de la Entidad, la Dependencia de Aseo cuenta con un Inventario Individual de Bienes Devolutivos con responsable el Profesional de Aseo; sin embargo, no se evidencia las asignaciones de elementos e insumos al Personal de Recolección.

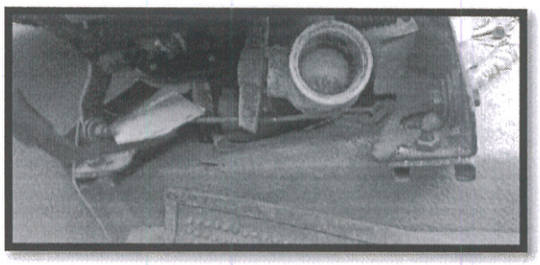
RECOMENDACIONES

- **Realizar e implementar programas de 5S para el equipo compactador.**
- **Realizar inspecciones rutinarias a los elementos del vehículo compactador.**
- **Evaluar la permanencia y legitimidad de los elementos que integran los botiquines del vehículo compactador (ANEXO 2)**
- **Fortalecer los soportes documentales del reporte de los mantenimientos del vehículo compactador (ANEXO 3).**
- **Realizar controles y arqueos a la documentación del SGC utilizados para el vehículo compactador.**

ANEXO 1







PAIPA S.A. E.S.P. Red Vital	RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P.	CÓDIGO	
	CONTROL INTERNO	PV-CI-AL-FO-03	
	INFORME DE AUDITORÍAS INTERNAS	FECHA	14/03/2023
		VERSIÓN	03
		PÁGINA	27 de 36

ANEXO 3



EBAR – PTAR

CONFORMIDADES

La Entidad cuenta con una Planta de Personal para el Proceso de Gestión de Alcantarillado (PTAR – EBAR), que cuentan con una programación establecida para el cumplimiento de las actividades misionales, cumpliendo con los Numerales 7.1.1 y 7.1.2 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015

La Entidad cuenta con el Manual de Funciones y Competencias Laborales establecido en el Acuerdo 002 de 2022 (26 de octubre de 2022). Se establecen 16 funciones para el Operario PTAR, que forma parte del Proceso de Gestión de Alcantarillado (PTAR) y se establecen 13 funciones para el Operario EBAR, que forma parte del Proceso de Gestión de Alcantarillado (EBAR), como funciones trazables para el desarrollo de las actividades misionales, cumpliendo con el Numeral 7.5.1 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con una Lista Maestra de Documentación PE-SIG-SGC-MT-01, en el cual se establece los documentos, registros no controlados que maneja la Entidad; para el proceso de Gestión de Alcantarillado (PTAR – EBAR), se estableces el diligenciamiento de PM-GAL-RTAR-FO-02 PLANILLA CONTROL DIARIO PH, PM-GAL-RTAR-FO-04 PROGRAMACIÓN TURNOS PTAR, PM-GAL-RTAR-FO-07 PROGRAMACIÓN TURNOS EBAR y las bitácoras de los operarios para la trazabilidad y seguimiento de la información, cumpliendo con el Numeral 7.5.1 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.

Durante la Auditoría Interna, se revisaron los documentos establecidos en la Lista Maestra de Documentación PE-SIG-SGC-MT-01 para la Gestión de Alcantarillado PTAR, se cuenta con los procedimientos PM-GAL-PR-01 RECOLECCIÓN, TRATAMIENTO Y TRANSPORTE DE AGUA RESIDUAL y PM-GAL-PR-02 MANTENIMIENTO PLANTA DE TRATAMIENTO DE AGUA RESIDUAL, cumpliendo con el Numeral 8.1 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.

Durante la Auditoría Interna, se revisaron nueve (9) Evaluaciones de Desempeño Laboral del personal de PTAR y EBAR del primer semestre de la vigencia 2024 calificados en julio de 2024, cumpliendo con el Numeral 9.1.1 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.

NO CONFORMIDADES

La Entidad cuenta con una Planta de Tratamiento de Aguas Residuales con diferentes locaciones y diferentes operaciones; sin embargo, se evidencio que no se cuenta con el Plan de Mantenimiento de Infraestructura, no se cuenta con un equipo de respaldos que permite la aireación de los tanques de tratamiento, se evidencia conexiones inapropiadas en equipos auxiliares, incumpliendo con el Numeral 7.1.3 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.

OBSERVACIONES

7.1.4 Evaluar la obligatoriedad del uso de los Elementos de Protección Personal en la Planta de Tratamiento de Aguas Residuales.

La Entidad cuenta con un Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo establecido por la Resolución 0312 de 2019, liderado por un Profesional SST, la Entidad cuenta con la Circular 021 de 2024, el cual establece las Directrices para la Entrega de Elementos de Protección Personal, dando cumplimiento al Capítulo III Art. 16 de la Resolución 0312 de

2019; sin embargo, se evidencia que el Personal PTAR no porta constantemente los EPP en especial el casco con protector de copa auditivo.

7.2 Rectificar los soportes documentales de las Historias Laborales de los Operarios PTAR y EBAR.

La Entidad cuenta con una Planta de Personal para la PTAR y EBAR, cuentan con una programación establecida para el cumplimiento de las actividades misionales, se evidencia certificaciones de experiencia para la homologación de estudio, se evidencia para operarios PTAR que no cuentan con las certificaciones de competencias.

7.5.2 Revisar la continuidad de los Registros sin evidencia de uso, en especial los pertenecientes a los Informes de Mantenimientos PTAR y EBAR, que son inherentes al Sistema de Gestión de Calidad.

La Entidad cuenta con una Lista Maestra de Documentación PE-SIG-SGC-MT-01, en el cual se establece los documentos, registros y no controlados que maneja la Entidad; para el Proceso de Alcantarillado (PTAR), se establece sus respectivos documentos, registros pasa la trazabilidad, seguimiento y custodia de la información; sin embargo, no se evidencia diligenciamiento y seguimiento de los formatos PM-GAL-RTAR-FO-01 PLANILLA CONTROL DIARIO PTAR, PM-GAL-RTAR-FO-03 REPORTE DE MANTENIMIENTO PTAR, PM-GAL-RTAR-FO-06 CONTROL DE VISITAR PTAR, PM-GAL-RTAR-FO-08 CONTROL DE VISITAR EBAR, PM-GAL-RTAR-FO-09 PLAN DE MANTENIMIENTO EBAR.

8.5.1 Legalizar la socialización de los inventarios individuales de bienes devolutivos para la Profesional Ambiental designado como jefe de Plantas.

La Entidad cuenta con un Software de Inventario SYSMAN WEB el cual soporta el Inventario de Bienes Devolutivos y de Consumo de la Entidad, la Dependencia de Proceso de Alcantarillado (PTAR) cuenta con un Inventario Individual de Bienes Devolutivos con responsables del Subgerente General Operativo; sin embargo, no se evidencia las asignaciones de elementos e insumos al Profesional Ambiental designado como jefe de Plantas.

8.5.2 Legalizar la custodia de los bienes devolutivos a los operarios de la Planta de Tratamiento de Agua Potable.

La Entidad cuenta con un Software de Inventario SYSMAN WEB el cual soporta el Inventario de Bienes Devolutivos y de Consumo de la Entidad, la Dependencia de Proceso de Alcantarillado (PTAR) cuenta con un Inventario Individual de Bienes Devolutivos con responsables del Subgerente General Operativo; sin embargo, no se evidencia las asignaciones de elementos e insumos al Persona PTAR y EBAR.

RECOMENDACIONES

- **Evaluar la permanencia por parte de Líderes de Procesos de los bovinos presentes dentro de las instalaciones de la PTAR que son ajenos a la Entidad (ANEXO 1).**

- **Evaluar la permanencia por parte de Líderes de Procesos de los vehículos presentes en la entrada de las instalaciones de la PTAR que son ajenos a la Entidad (ANEXO 2).**

- **Reportar y documentar todo oficio / comunicado por escrito con trazabilidad para sustento argumentativo de acciones de mejora.**

ANEXO 1	 
ANEXO 2	 

LABORATORIO

CONFORMIDADES

La Entidad cuenta con un Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo establecido por la Resolución 0312 de 2019, liderado por un Profesional SST, la Entidad cuenta con la Circular 021 de 2024, el cual establece las Directrices para la Entrega de Elementos de Protección Personal, dando cumplimiento al Capítulo III Art. 16 de la Resolución 0312 de 2019, cumpliendo con los Numerales 7.1.4 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con las Historias Laborales respectivas para el cumplimiento de la misionalidad del Laboratorio con los soportes documentos establecidos por el Manual de Funciones y Competencias Laborales establecido en el Acuerdo 002 de 2022 (26 de octubre de 2022), cumpliendo con el Numeral 7.2 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.

El Analista de Laboratorio cuenta con diecisiete (17) funciones trazables para el cumplimiento de las labores misionales, de acuerdo al Manual de Funciones de Competencias Laborales RD-GD-042, cumpliendo con el Numeral 7.5.1 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con una Lista Maestra de Documentación PE-SIG-SGC-MT-01, en el cual se establece los documentos, registros y no controlados que maneja la Entidad; para el Proceso de Laboratorio, se establece sus respectivos documentos, registros pasa la trazabilidad, seguimiento y custodia de la información, se evidencia diligenciamiento y seguimiento de los formatos dando cumplimiento a la Resolución 1619 de 2015 y la Norma ISO/IEC 17025:2017, cumpliendo con el Numeral 7.5.2 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.

Durante la Auditoría Interna, se revisó los Contratos 010-2024, 024-2024 y 028-2024 en apoyo a los procesos de tratamiento del agua, cumpliendo con el Numeral 8.4 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.

NO CONFORMIDADES

La Entidad cuenta con un Laboratorio de Agua Potable ubicado dentro de las instalaciones de la Planta de Tratamiento de Agua Potable para el desarrollo de ensayos fisicoquímicos para garantizar la calidad de agua potable para consumo humano; sin embargo, se pudo evidenciar que no se cuenta con Plan de Mantenimiento de Infraestructura, se evidencia falta de adecuaciones en los cajones, casilleros y puertas, ventanas rotas, falta de enchape en muros, y ausencia de mantenimiento de pintura en suelos. incumpliendo con el Numeral 7.1.3 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con un Plan de Mejoramiento de la Secretaría de Salud Departamental con la Entidad, el cual establece el Plan de Trabajo de las No Conformidades establecidas, cada No Conformidad está relacionado por acciones correctivas con una fecha de cumplimiento; sin embargo, al realizar la revisión de los hallazgos, se evidencia que no se han cerrado correctamente las No Conformidades No. 5, 6, 8, 18, 21, 23, 24, 25, 28, 29, incumpliendo con el Numeral 10.2 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.

OBSERVACIONES

7.1.1 / 7.1.2 Priorizar el Talento Humano necesario para apoyar las actividades de laboratorio.

La Entidad cuenta con un Analista de Laboratorio para el área, en la Planta de Personal de la Entidad cuenta con una Profesional Ambiental (jefe de Plantas) que cuenta con las Funciones No. 9 y 10 que haces las veces de las funciones del Analista de Laboratorio en su ausencia; sin embargo, no se tiene legalizado como Par Técnico como lo solicita el Numeral 2.6 de la Herramienta de Verificación de Estándares de Calidad en Salud Pública Laboratorio de Salud Pública.

7.5.3 Realizar el diligenciamiento completo de todo registro que pertenezca a los modelos y versiones actuales del Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001:2015 de la Entidad.

La Entidad cuenta con una Lista Maestra de Documentación PE-SIG-SGC-MT-01, en el cual se establece los documentos, registros y no controlados que maneja la Entidad; para el Proceso de Laboratorio; sin embargo, no se evidencia diligenciamiento completo del PM-LAB-FO-15 PARÁMETROS DIRECTOS FISICOQUÍMICOS EN LABORATORIO.

8.1 Actualizar los documentos que pertenezca a la Lista Maestra de Documentación del Proceso de Aseo.

La Entidad cuenta con una Lista Maestra de Documentación PE-SIG-SGC-MT-01, en el cual se establece los documentos, registros y no controlados que maneja la Entidad; para el Proceso de Laboratorio, se establece sus respectivos documentos, registros pasa la trazabilidad, seguimiento y custodia de la información; sin embargo, no se han actualizado los procedimientos técnicos en base a los nuevos parámetros y elementos para las pruebas fisicoquímicas.

8.5.1 Legalizar la socialización de los inventarios individuales de bienes devolutivos para el Personal de Barrido.

La Entidad cuenta con un Software de Inventario SYSMAN WEB el cual soporta el Inventario de Bienes Devolutivos y de Consumo de la Entidad, el Analista de Laboratorio cuenta con un Inventario Individual de Bienes Devolutivo con fecha de corte de 20 de agosto de 2024 Formato AlmG03 sin firmar. El Analista de Laboratorio argumenta que no ha consolidado el Empalme del Inventario respectivo; sin embargo, no se evidencia no ha consolidado el Empalme del Inventario respectivo.

9.1.1 Verificar la legitimidad de las Evaluaciones de Desempeño del Analista de Laboratorio

La Entidad cuenta con el procedimiento PA-GTH-PR-05 EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO LABORAL para la realización de las evaluaciones de desempeño del personal de la Entidad, se cuenta con la Evaluación de Desempeño Laboral del Analista de Laboratorio del 29 de junio de 2023 con calificación de 80% realizado un (1) posterior al ingreso del cargo.

RECOMENDACIONES

- **Solicitar la intervención inmediata para el mantenimiento correctivo del Laboratorio (ANEXO 1).**
- **Garantizar que todos los equipos utilizados para los ensayos fisicoquímicos se encuentren calibrados por ONAC (ANEXO 2).**
- **Reforzar el seguimiento y diligenciamiento de los registros pertenecientes al SGC de Laboratorio.**

ANEXO 1






ANEXO 2




ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO
CONFORMIDADES

La Entidad cuenta con una Planta de Personal para el Proceso de Redes de Acueducto y Alcantarillado, que cuentan con una programación establecida para el cumplimiento de las actividades misionales, cumpliendo con los Numerales 7.1.1 y 7.1.2 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con un Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo establecido por la Resolución 0312 de 2019, liderado por un Profesional SST, la Entidad cuenta con la Circular 021 de 2024, el cual establece las Directrices para la Entrega de Elementos de Protección Personal, dando cumplimiento al Capítulo III Art. 16 de la Resolución 0312 de 2019, cumpliendo con los Numerales 7.1.4 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.

El Operario de Redes de Acueducto cuenta con doce (12) funciones trazables para el cumplimiento de las labores misionales, de acuerdo al Manual de Funciones de

Competencias Laborales RD-GD-042 y el Operario de Redes de Alcantarillado cuenta con nueve (9) funciones trazables para el cumplimiento de las labores misionales, de acuerdo al Manual de Funciones de Competencias Laborales RD-GD-042, cumpliendo con el Numeral 7.5.1 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con un Lista Maestra de Documentación PE-SIG-SGC-MT-01, en el cual se establece los documentos, registros no controlados que maneja la Entidad; para el Proceso de Gestión de Acueducto para Redes y Gestión de Alcantarillado para Redes, se establece sus respectivos documentos, registros pasa la trazabilidad, seguimiento y custodia de la información, cumpliendo con el Numeral 7.5.2 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.

Durante la Auditoría Interna, se revisó los Contratos 020-2024, 021-2024, 044-2024, 045-2024, 046-2024, 047-2024 en apoyo a los procesos de tratamiento del agua, cumpliendo con el Numeral 8.4 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.

Durante la Auditoría Interna, se revisaron diecinueve (19) Evaluaciones de Desempeño Laboral del personal de Redes de Acueducto y Alcantarillado del primer semestre de la vigencia 2024 calificados en julio de 2024, cumpliendo con el Numeral 9.1.1 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.

NO CONFORMIDADES

La Entidad no cuenta con el Plan de Mantenimiento de para los Equipos y Herramientas de Acueducto y Alcantarillado, se evidencia la ausencia de la referencia documental establecido de los equipos y herramientas pertenecientes a los funcionarios de Redes de Acueducto y Alcantarillado. incumpliendo con el Numeral 7.1.3 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.

El Área de Redes de Acueducto y Alcantarillado cuenta con los formatos **PM-GAC-MRA-FO-01 BITÁCORA DE ACTIVIDADES, PM-GAC-MRA-FO-02 PROGRAMACIÓN APOYO OPERATIVO, PM-GAC-MRA-FO-06 CONTROL DE MOVIMIENTOS DE VÁLVULAS, PM-GAL-MRA-FO-01 CRONOGRAMA DE MANTENIMIENTO DE SUMIDEROS, PM-GAL-MRA-FO-02 INSPECCIÓN RUTINARIA ESTRUCTURAS DE ALCANTARILLADO,** que hacen parte de la Lista Maestra de Documentación para la Gestión de Acueducto y Alcantarillado (Redes respectivamente), se evidencia que no se encuentran en diligenciamiento de los formatos establecidos para la Gestión de Alcantarillado, incumpliendo con el Numeral 7.5.3 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.

OBSERVACIONES

7.2 Revisar las competencias de los trabajadores para las actividades misionales de Redes de Acueducto y Alcantarillado. La Entidad cuenta con las Historias Laborales respectivas para el cumplimiento de la misionalidad del Laboratorio con los soportes documentos establecidos por el Manual de Funciones y Competencias Laborales establecido en el Acuerdo 002 de 2022 (26 de octubre de 2022), sin embargo, se deben revisar las competencias de los trabajadores.

8.1 Actualizar los documentos que pertenezca a la Lista Maestra de Documentación del Proceso de Aseo. La Entidad cuenta con una Lista Maestra de Documentación PE-SIG-SGC-MT-01, en el cual se establece los documentos, registros y no controlados que maneja la Entidad; para el Proceso de Gestión de Acueducto y Alcantarillado, se establece sus respectivos documentos, registros pasa la trazabilidad, seguimiento y custodia de la

información; sin embargo, no se han revisado y aprobado los manuales de Gestión de Acueducto para Redes por la Alta Dirección y los procedimientos de Gestión de Alcantarillado para Redes.

8.5.1 Legalizar la socialización de los inventarios individuales de bienes devolutivos para el Personal de Acueducto y Alcantarillado. La Entidad cuenta con un Software de Inventario SYSMAN WEB el cual soporta el Inventario de Bienes Devolutivos y de Consumo de la Entidad, el Profesional de Acueducto y Alcantarillado cuenta con un Inventario Individual de Bienes Devolutivo, el cual no se ha recibido una copia de evidencia en el proceso de Auditoría Interna.

8.5.2 Asignar equipos y herramientas al Personal de Acueducto y Alcantarillado. La Entidad cuenta los equipos y herramientas para el desarrollo de la actividad de Redes de Acueducto y Alcantarillado para las diferentes locaciones y diferentes operaciones; sin embargo, no se evidenciaron trazabilidad de las asignaciones de los equipos y herramientas ni inventarios designados con responsables de uso, incumpliendo con el Numeral 8.5.2 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.

RECOMENDACIONES

- **Realizar el abordaje de la revisión del personal de Redes de Acueducto y Alcantarillado.**

SUBGERENCIA GENERAL OPERATIVA

CONFORMIDADES

La Subgerencia General Operativa cuenta con el Subgerente General Operativo nombrado por Libre Nombramiento y Remoción, con sus respectivos soportes documentales y competencias de acuerdo al Manual de Funciones de Competencias Laborales RD-GD-042, cumpliendo con el Numeral 7.2 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.

La Dependencia de Acueducto y Alcantarillado cuenta con el Profesional respectivo el Contrato de Trabajo a Término Fijo 005-2016 de 19 de enero de 2016, con sus respectivos soportes documentales y competencias de acuerdo al Manual de Funciones de Competencias Laborales RD-GD-042, cumpliendo con el Numeral 7.2 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.

La Dependencia Ambiental cuenta con el Profesional respectivo el Contrato de Trabajo a Término Fijo 012-2023 de 01 de febrero de 2023 con renovación del contrato del 29 de diciembre de 2023, con Otro SI Contrato 014 de 2023 del 02 de septiembre de 2024, con sus respectivos soportes documentales y competencias de acuerdo al Manual de Funciones de Competencias Laborales RD-GD-042, cumpliendo con el Numeral 7.2 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.

La Dependencia de Aseo cuenta con el Profesional respectivo el Contrato de Trabajo a Término Fijo 014-2023 de 02 de julio de 2023 con renovación del contrato del 29 de diciembre de 2023, con sus respectivos soportes documentales y competencias de acuerdo al Manual de Funciones de Competencias Laborales RD-GD-042, cumpliendo con el Numeral 7.2 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.

El Laboratorio cuenta con el Profesional respectivo el Contrato de Trabajo a Término Fijo 015-2023 de 28 de junio de 2023 con renovación del contrato del 29 de diciembre de 2023, con sus respectivos soportes documentales y competencias de acuerdo al Manual de Funciones de Competencias Laborales RD-GD-042, cumpliendo con el Numeral 7.2 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.

El Área de Selección en la Fuente cuenta con el Profesional respectivo el Contrato de Trabajo a Término Fijo 015-2023 de 28 de junio de 2023 con renovación del contrato del 29 de diciembre de 2023, con Otro SI Contrato 015 de 2023 del 02 de septiembre de 2024, con sus respectivos soportes documentales y competencias de acuerdo al Manual de Funciones de Competencias Laborales RD-GD-042, cumpliendo con el Numeral 7.2 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.

El Área de Selección en la Fuente cuenta con el Técnico Operativo respectivo el Contrato de Trabajo a Término Fijo 018-2023 de 27 de diciembre de 2023, con sus respectivos soportes documentales y competencias de acuerdo al Manual de Funciones de Competencias Laborales RD-GD-042, cumpliendo con el Numeral 7.2 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.
La Entidad cuenta con el Manual de Funciones y Competencias Laborales establecido en el Acuerdo 002 de 2022 (26 de octubre de 2022). En el Manual suscrito se establecen 18 funciones para el Subgerente General Operativo, no se tienen los siguientes hallazgos que representen observaciones, cumpliendo con el Numeral 7.5.1 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.

Durante la Auditoría Interna, se presenta de los resultados de la Evaluación de Desempeño Laboral de seis (6) funcionarios, cumpliendo con el Numeral 9.1.1 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.

RECOMENDACIONES

- **Realizar seguimientos que todo documento y registro pertenezca a los modelos y versiones actuales del Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001:2015 de la Entidad.**

- **Realizar seguimientos de los inventarios documentales digitales y físicos para mayor control y el manejo de Archivo de Gestión.**

- **Gestionar la implementación de las TRD para el área de Contabilidad y Presupuesto, debido a que el cargo estaba bajo un Contrato de Prestación de Servicios.**

- **Tener trazabilidad de la información sumistrada a los entes de control internos ya que no coincide la información enviada por la oficina de la subgerencia general y el profesional de contabilidad (informe de austeridad en el gasto)**

Jhon Edison Fonseca Baron

JHON EDISON FONSECA BARON

LÍDER DE CONTROL INTERNO

PAIPA S.A. E.S.P. Red Vital	RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P. CONTROL INTERNO SEGUIMIENTO DE PLAN DE MEJORAMIENTO	CODIGO: PV-CINC-FO-06 FECHA: ########## VERSION: 03 PAGINA: 1 de 20

ENTIDAD	EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS RED
NIT	900259348-5
REPRESENTANTE	YEISON RONNEY TORRES SUAREZ
MODALIDAD DE	REQUISITOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
VIGENCIA AUDITADA	2024
FECHA DE	ENERO DE 2024
AUDITOR LÍDER	JHON EDISON FONSECA BARÓN
AUDITOR SIG	ANDREW MASAMI ASAKURA GARCIA
LÍDER DEL PROCESO	LÍDERES DE PROCESOS

SEGUIMIENTO DE PLAN DE MEJORAMIENTO

No. HALLAZGO	OPORTUNIDAD DE MEJORA / HALLAZGO	ACCIONES DE MEJORAMIENTO A DESARROLLAR	METAS	CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO	ACTIVIDADES DE EJECUCIÓN DE	%
7.1.4	Evaluar la obligatoriedad del uso de los Elementos de Protección Personal en le Planta de Tratamiento de Agua Potable	1. Revisar y actualizar la política de seguridad y salud ocupacional. 2. capacitar y concientizar a los operarios sobre la importancia del uso de los EPP. 3. Realizar inspecciones y auditorias para verificar el cumplimiento del uso de los EPP. 4. Monitorear y evaluar el cumplimiento del uso de los EPP.	**Metas a corto plazo** 1. Capacitar al 100% del personal en el uso adecuado de los EPP 2 Implementar un programa de inspección y seguimiento para verificar el cumplimiento de los EPP. **Metas a mediano plazo** 1. Realizar un anúlisis de riesgos 2 Reducir en un 70% los incidentes relacionados con la falta de uso de EPP. **Metas a largo plazo** 1. Mantener un índice de cumplimiento del uso de EPP del 100%. 2. Reducir en un 90% los incidentes relacionados con la falta de uso de EPP.	**Metas a corto plazo:** menos 6 meses **Metas a mediano plazo:** 6 a 12 meses **Metas a largo plazo:** más de 12 meses.	1. El 100% de los trabajadores cumplen con el uso de EPP. 2. No se tiene incidentes relacionados con la falta de uso de EPP. 3. El 100% de las inspecciones cumplen con la normativa.		
7.5.2	Revisar la continuidad de los Registros sin evidencia de uso, en especial los pertenecientes a los Informes de Mantenimientos PTAP, que son inherentes al Sistema de Gestión de Calidad.	1. Revisar y actualizar los procedimientos de registro y mantenimientos de los Informes de la planta de tratamiento de agua potable. 2. Realizar auditorias internas periódicas para verificar la conformidad de los registros del Sistema de Gestión de Calidad. 3. Implementar un sistema de de seguimiento y control para garantizar la continuidad de los registros.	1. reducir en un 50% el número de registros sin evidencia de uso. 2. aumentar en un 50% la frecuencia de actualización de los registros. 3. Implementar un sistema de seguimiento y control para garantizar la continuidad de los registros.	3 a 9 meses	1. porcentaje de registros sin evidencia de uso. 2 Frecuencia de actualización de los registros. 3 Número de desviaciones o no conformidades encontradas durante las auditorías internas.		
8.1	Actualizar los documentos que pertenezcan a Lista Maestra de Documentación del proceso de Aseo.	1. Revisar y Actualizar la lista maestra de documentación del proceso de aseo. 2. Identificar y clasificar los documentos que requieren actualización. 3. Asignar responsabilidades y plazos para la actualización de los documentos.	1. Actualizar al 100% de los documentos que pertenecen a la lista maestra de documentación del proceso . 2. Aumenta en un 70 % la eficiencia en la realización de las tareas de aseo.	3 a 9 meses	1. Tiempo promedio de busqueda y acceso a los documentos actualizados. 2. Disminución de tiempo promedio de búsqueda y acceso a los documentos actualizados. 3 Disminución numero de errores e		
8.5.1	Legalizar la socialización de los inventarios individuales de bienes devolutivos para la Profesional Ambiental designado como Jefe Plantas.	1 Revisar y actualizar los procedimientos de inventario y registro de bienes devolutivos. 2. Elaborar un informe detallado de los inventarios individuales de bienes devolutivos. 3. Obtener la firma de aceptación y compromiso de la profesional ambiental designado como jefe de plantas.	1. Socializar los inventarios individuales de bienes devolutivos con la profesional ambiental designado como jefe de plantas 2. Obtener la forma de aceptación y compromiso dela profesional ambiental designado como jefe de plantas. 3. Actualizar los procedimientos de inventario y registro de bienes devolutivos.	1 a 3 meses	1. Firma de aceptación y compromiso por parte de la profesional ambiental.		
8.5.2	Legalizar la custodia de los bienes devolutivos a los operarios de la Planta de Tratamiento de Agua potable.	1. Revisar y actualizar los procedimientos de custodia y registro de bienes devolutivos. 2. Elaborar un acta de entrega-recepción de los bienes devolutivos a los operarios. 3. realizar una capacitación a los operarios sobre la custodia y manejo de los bienes devolutivos.	1. Legalizar la custodia de los bienes devolutivos a los operarios. 2 Capacitar a todos los operarios sobre el manejo de bienes.	1 a 3 meses	1. Porcentaje de bienes devolutivos entregados a los operarios con actas de aceptación. 2. Número de operarios calificados sobre la custodia y manejo de los bienes devolutivos		
10.2	Realizar Plan de Mejoramiento de Secretaria de Salud Departamental	1. Revisar detalladamente las No Conformidades para entender la causa raíz del problema y por qué no se han cerrado correctamente. 2. Determinar qué impidió que las acciones correctivas se implementaran de manera efectiva y se lograra el cierre de la No Conformidad. 3. Definir nuevos plazos realistas para la ejecución de las acciones correctivas y el cierre de las NC. 4. Asignar los recursos necesarios (humanos, financieros, materiales) para la implementación de las acciones correctivas.	1. Cerrar las No Conformidades a corto plazo. 2. Mejorar la eficacia del proceso de gestión de No Conformidades, evidenciando una reducción en el número de no conformidades recurrentes a corto plazo. 3. Asegurar el cumplimiento del 100% de los requisitos del numeral 10.2 de la NTC ISO 9001:2015 para corto plazo.	1 a 3 meses	1. Numero de no conformidades cerradas vs. número de no conformidades pendientes. 2. Número de no conformidades recurrentes en comparación con el período anterior. 3. Resultados de auditorías internas y		90%
7.5.3	se evidencia que no se encuentran en diligenciamiento de los formatos establecidos para la Gestión de Alcantarillado	1 Implementación de Control Documental 2. Capacitación y Sensibilización 3 Monitoreo y Seguimiento	1 Tener actualizados y en uso el 100% de los formatos 2 Realizar al menos dos capacitaciones . 3. Implementar un sistema de indicadores de cumplimiento	6 MESES	1. Porcentaje de formatos actualizados y en uso respecto al total identificado. 2 Número de capacitaciones realizadas respecto al plan de formación anual. 3. Porcentaje de auditorías realizadas con hallazgos corregidos		
7.2	Corroborar los soportes documentales de la escolaridad de los funcionarios del área de Barrido.	1. Revisar las hojas de vida de los operarios de barrido y solicitar los soportes de escolaridad faltantes	Tener el 100% de cada soporte de escolaridad de los operarios faltantes	6 MESES	Total de soportes de escolaridad		
7.5.2	Realizar el seguimiento que todo registro que pertenezca a los modelos y versiones actuales del Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001:2015 de la Entidad.	ACTUALIZACIÓN DE FORMATOS	Cumplir con la actualización de los formato correspondientes	6 meses	cumplimiento del numeral 7.5.2	ya se realizo las actualizaciones pertinentes	100%
7.5.2	Actualizar los documentos que pertenezca a la Lista Maestra de Documentación del Proceso de Aseo.	SE REALIZO PURGA DOCUMENTAL	ELIMINACIÓN DE DOCUMENTACIÓN QUE NO SE ESTE UTILIZANDO	6 MESES	cumplimiento del numeral 7.5.2	SE REALIZARON LAS PURGAS DOCUMENTALES PERTINENTES	100%
8.5.1	Legalizar la socialización de los inventarios individuales de bienes devolutivos para el Personal de Barrido.	ASIGNACIÓN DE LOS ELEMENTO Y HERRAMIENTA DE TRABAJO	ELEMENTOS DE TRABAJO ASIGNADOS	6 MESES	EL 100% DE ASIGNACIÓN DE HERRAMIENTAS DE TRABAJO	SE REALIZARON LAS RESPECTIVAS ASIGNACIONES DÁNDOLE CUMPLIMIENTO AL NUMERAL 8.5.1	100%
7.2	Corroborar los soportes documentales de la escolaridad de los funcionarios del área de Ornato.	REVISAR Y SOLICITAR SOPORTES DE ESCOLARIDAD	CUMPLIR CON SOPORTES DE ESCOLARIDAD POR CADA UNO DE LOS OPERARIOS	6 MESES	100% DE SOPORTES DE ESCOLARIDAD		

mipg

PAIPA S.A. E.S.P. Red Vital	RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P.	CÓDIGO	
	GESTIÓN DE SISTEMAS Y COMUNICACIONES	PA-GCOM-FO-01	
	OFICIOS / COMUNICACIONES	FECHA	14/03/2023
		VERSIÓN	03
		PÁGINA	1 de 1

Radicado	-	Número	Marque con X	
	-	RVP035/2025	Interna	X
			Externa	

Fecha Emisión	Día	Mes	Año
	16	01	2025

Dirigida a	**YEISON ROKNEY TORRES SUAREZ** **Gerente General**
Asunto	**INFORME FINAL AUDITORIA INTERNA 2024 PROCESO SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y COMERCIAL Y SUBGERENCIA OPERATIVA DE LA EMPRESA DE SERVICIOS PÚBLICOS RED VITAL PAIPA S.A.E.S. P**

Cordial saludo.

De manera atenta entrego a la Gerencia General el Informe Final de la Auditoria realizada al PROCESO DE LA SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y COMERCIAL DE LA EMPRESA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS RED VITAL PAIPA S.A.E.S.P del mes de mayo al mes de septiembre del 2024 de igual forma se da a conocer el informe final del PROCESO DE LA DE LA SUBGERENCIA OPERATIVA DE LA EMPRESA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS RED VITAL S.A.E.S.P del mes de septiembre al mes de octubre del 2024.

Considerando lo anterior se le anexa el plan de mejoramiento enviado por la SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y COMERCIAL. El plan de mejoramiento de la SUBGERENCIA OPERATIVA se dará entrega a la Oficina de Control Interno el 28 de enero del presente año para sus respectivos seguimientos.

Sin otro en particular,

Jhon Edison Fonseca B.

Emite	**JHON EDISON FONSECA BARON**
Empleo	LÍDER DE CONTROL INTERNO

Validación	*Nombre Completo / Empleo*	*Vo.Bo.*		*No*	*Anexos*	*Folios*
Elaboró	*Jhon edison fonseca baron/líder de control interno*	*jefb*		*1*	*INFORME FINAL SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y COMERCIAL*	*79*
Revisó	*Jhon edison fonseca baron/líder de control interno*	*jefb*		*2*	*PLAN DE MEJORAMIENTO SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y COMERCIAL*	*1*
Aprobó	*Jhon edison fonseca baron/líder de control interno*	*jefb*		*3*	*INFORME FINAL SUBGERENCIA OPERATIVA*	*36*

Radicado
16-01-25.

	RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P.	CÓDIGO	
PAIPA S.A. E.S.P. Red Vital	GESTIÓN DE SISTEMAS Y COMUNICACIONES	PA-GCOM-FO-01	
	OFICIOS / COMUNICACIONES	FECHA	14/03/2023
		VERSIÓN	03
		PÁGINA	1 de 1

Radicado	-	Número	Marque con X	
	-	RVP072/2025	Interna	X
			Externa	

Fecha Emisión	Día	Mes	Año
	31	01	2025

Dirigida a	**YEISON ROKNEY TORRES SUÁREZ** **GERENTE GENERAL**
Asunto	**INFORME FINAL AUDITORIA INTERNA 2024**

Respetada Ingeniero.

De manera atenta le damos a conocer el Informe Final de la Auditoría Interna realizada al proceso de la GERENCIA GENERAL del mes de octubre al mes de diciembre 2024, de igual manera se remite el formato del PLAN DE MEJORAMIENTO para su respectivo diligenciamiento y presentación ante la Oficina de Control Interno el día 7 de febrero del 2025.

PAIPA S.A. E.S.P. Red Vital

Jhon Edison Fonseca Barón

Emite	**Jhon Edison Fonseca Barón**
Empleo	**Líder de Control Interno**

Validación	*Nombre Completo / Empleo*	*Vo.Bo.*		*No*	*Anexos*	*Folios*
Elaboró	*Jhon Edison Fonseca Barón/líder de control interno*	*jefb*		*1*	*Plan de mejoramiento*	*1*
Revisó	*Jhon Edison Fonseca Barón/líder de control interno*	*jefb*		*2*		
Aprobó	*Jhon Edison Fonseca Barón/líder de control interno*	*jefb*		*3*		

PAIPA S.A. E.S.P. Red Vital	RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P.	CÓDIGO	
	CONTROL INTERNO	PV-CI-AL-FO-03	
	INFORME DE AUDITORÍAS INTERNAS	FECHA	14/03/2023
		VERSIÓN	03
		PÁGINA	1 de 5

INFORME DE AUDITORÍA

ENTIDAD	RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P.
NIT	900259348-5
REPRESENTANTE LEGAL	Yeison Rokney Torres Suarez
CARGO	Gerente General
MODALIDAD DE AUDITORÍA	Auditoría Interna por Mapa de Procesos
VIGENCIA AUDITADA	2023-2024
FECHA DE LA AUDITORÍA	15 DE OCTUBRE DE 2024 A 15 DE DICIEMBRE DE 2024 / Planeación y Proyectos 17 DE OCTUBRE DE 2024 / Gobierno Digital 18 DE OCTUBRE DE 2024 / Control Interno 21 DE OCTUBRE DE 2024 / Oficina Asesora Jurídica
FECHA DE INFORME	27 de DICIEMBRE DE 2024
NIVEL DE PROCESO	Dependencias
APOYO (Subgerencia General Administrativa)	Gestión de Planeación y Dirección Gestión de Sistemas y Comunicaciones Gestión Jurídica Control Interno
PROCESO / ÁREA AUDITADO	Planeación y Proyectos Gobierno Digital Control Interno Oficina Asesora Jurídica
PERSONAL AUDITADO	Profesional de Planeación y Proyectos Profesional de Gobierno Digital Jefe Oficina de Control Interno de Gestión Jefe Oficina Asesora Jurídica
OBJETIVOS	Evaluar el Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001:2015, verificando el cumplimiento de los procesos, políticas, procedimientos y prácticas relacionadas de las áreas / dependencias de la Subgerencia General Administrativa. Verificar el cumplimiento las normativas y regulaciones establecidos de los Sistemas Integrados de Gestión. Identificar las recomendaciones para mejorar el SG para aumentar la eficacia y efectividad de los SGC.
ALCANCE	Criterios seleccionados de a la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015. Solicitud de la información documentada pertinentes al Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001:2015 y los requisitos reglamentarios, contractuales y legales aplicables
CRITERIOS DE AUDITORÍA	Manual de Contratación de la Entidad Manual de Funciones y Competencias Laborales Historias Laborales Lista Maestra de Documentación de la Entidad
EQUIPO AUDITOR	Jhon edison fonseca baron Líder de control interno Andrew Masami Asakura García0 Sistema integrado de gestión

CONTEXTO

Teniendo en cuenta el Oficio No. RVP0793-2024 del 04 de octubre de 2024, emitido desde las Dependencias de Control Interno y Sistema Integrado de Gestión, se realiza la Auditoría Interna ISO 9001:2015 a las áreas correspondientes a la Gerencia General Administrativa, en base mis Funciones y

Competencias como se establecen en el Manual de Funciones de Competencias Laborales de la Entidad, establecido en el Acuerdo 006 de 2022 / SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN, en los Numerales 14 y 19.

14. Realización de la auditoría interna del sistema integrado de gestión QHSE

19. Apoyar a las dependencias y/o áreas funcionales de la empresa en la identificación y prevención de los riesgos que puedan afectar los procesos y procedimientos a cargo de estas.

OFICINA ASESORA JURÍDICA CONFORMIDADES
La Oficina Asesora Jurídica cuenta con la jefe Oficina Asesora Jurídica con Acta de Posesión No. 005 de 01 de febrero de 2024, con sus respectivos soportes documentales y competencias de acuerdo al Manual de Funciones de Competencias Laborales RD-GD-042, cumpliendo con el Numeral 7.2 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015. Durante la Auditoría Interna, se evidencia el cumplimiento del Manual de Funciones y Competencias Laborales de la jefe Oficina Asesora Jurídica, cumpliendo con el Numeral 7.5.1 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015. Durante la Auditoría Interna, se realiza la revisión de la documentación digital generada por la Oficina Asesora Jurídica, se evidencia conceptos jurídicos, derecho de petición y demás documentos generados por la Oficina Productora con sus respectivas fechas de diligenciamiento y expedición, con sus respectivas firmas del responsable, cumpliendo con el Numeral 7.5.2 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015. Durante la Auditoría Interna, se realiza la consulta por los apoyos jurídicos externos supervisados por la jefe Oficina Asesora, la cual manifiesta que supervisaba el Contrato 026-2024, PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ASESORÍA EXTERNA A LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL ÁREA JURÍDICA EMPRESA RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P., cumpliendo con el Numeral 8.4 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015. Durante la Auditoría Interna, se presenta de los resultados de la Evaluación de Desempeño Laboral de la jefe Oficina Asesora Jurídica, cumpliendo con el Numeral 9.1.1 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.
OBSERVACIÓN
7.5.3 *Rectificar la marcación en documentos originales.* Durante la Auditoría Interna, se visualizó documentos con marcación con lápiz, como se establece en los lineamientos de Gestión Documental no debe contener textos, simbología, asignaciones y demás consideraciones. ***8.1 Realizar la aprobación de la Matriz de Requisitos Legales según procedimiento.*** Durante la Auditoría Interna, se revisa la documentación establecida por la Oficina Asesora Jurídica, el cual se establece la Actualización de la Matriz de Requisitos Legales. Para su implementación en la Entidad, se establece la Resolución RVP 196 de 2024 el cual falta la firma de aprobación de parte de la Gerencia General.
RECOMENDACIONES • **Realizar seguimientos que todo documento y registro pertenezca a los modelos y versiones actuales del Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001:2015 de la Entidad.** • **Realizar seguimientos de los inventarios documentales digitales y físicos para mayor control y el manejo de Archivo de Gestión.**
GOBIERNO DIGITAL CONFORMIDADES

La Entidad cuenta con una Planta de Personal para el Proceso de Gobierno Digital, que cuentan con una programación establecida para el cumplimiento de las actividades misionales, cumpliendo con los Numerales 7.1.1 y 7.1.2 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.

El Área de Sistemas cuenta con el Profesional de Gobierno Digital con el Contrato de Trabajo a Término Fijo 003-2024 de 08 de enero de 2024 y con el Técnico Administrativo de Gobierno Digital con sus respectivos soportes documentales y competencias de acuerdo al Manual de Funciones de Competencias Laborales RD-GD-042, cumpliendo con el Numeral 7.2 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.

Durante la Auditoría Interna, se realiza la revisión de las funciones para el Profesional de Gobierno Digital y del Técnico Administrativo establecidos en el Manual de Funciones de Competencias Laborales RD-GD-042, indagando en cada una de ellas las evidencias y verificaciones respectivas, cumpliendo con el Numeral 7.5.1 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.

Durante la Auditoría Interna, se revisaron los Contratos 011-2024, 023-2024, 034-2024, 037-2024, 042-2024, en apoyo a la Dependencia de Gobierno Digital, cumpliendo con el Numeral 8.4 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.

Durante la Auditoría Interna, se presenta de los resultados de la Evaluación de Desempeño Laboral de la Auxiliar Administrativo de Almacén, cumpliendo con el Numeral 9.1.1 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.

OBSERVACIONES

7.5.2 / 7.5.3 Rectificar la trazabilidad de los formatos del SGC para el proceso.

Durante la Auditoría Interna, se realiza la revisión de los formatos correspondientes al Área de Sistemas, se debe revisar que estén adjudicados a los procedimientos del área.

8.1 Actualizar los procedimientos en cuanto a implementación y trazabilidad de información.

Durante la Auditoría Interna, se realiza la revisión a los Procedimientos, el cual se evidencia que deben ser actualizados para trazabilidad de información.

8.5.1 Solicitar los inventarios del área de Gobierno Digital

Durante la Auditoría Interna, se realiza indagación del Inventario de Gobierno Digital, se afirma que están firmados y legalizados; sin embargo, no se cuenta con la copia respectiva.

NO CONFORMIDADES

El Área de Sistemas se evidenció en las Carpeta de Hojas de Vida de Equipos, la ausencia del diligenciamiento de las nuevas designaciones de los equipos, así mismo, no se tiene establecido el Plan de Mantenimiento de los Equipos, donde se estipule la frecuencia para revisiones de Hardware y Software, no se tiene Plan de Mantenimiento para Equipos de Facturación, ni de Impresoras, incumpliendo con el Numeral 7.1.3 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.

RECOMENDACIONES	• **Gestionar la trazabilidad de las Hojas de Vidas de los equipos de cómputo, impresoras y equipos de facturación con los registros de mantenimiento preventivo y correctivo que dé a lugar.**

CONTROL INTERNO

CONFORMIDADES

La Oficina de Control Interno de Gestión cuenta con el jefe Oficina de Control Interno de Gestión con el Acta de Posesión del 01 de septiembre de 2023, con sus respectivos soportes documentales y competencias de acuerdo al Manual de Funciones de Competencias Laborales RD-GD-042, cumpliendo con el Numeral 7.2 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015

Durante la Auditoría Interna, se evidencia el cumplimiento del Manual de Funciones y Competencias Laborales de la jefe Oficina Asesora Jurídica, cumpliendo con el Numeral 7.5.1 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.

Durante la Auditoría Interna, se realiza la revisión de la documentación digital generada por la Oficina Control Interno de Gestión, se evidencia la utilización de la Lista Maestra de Documentación del área para la Gestión de las Auditorías Internas, entrega de Informes para la Entidad y Entes de Control y demás partes interesadas, cumpliendo con el Numeral 7.5.2 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con una Lista Maestra de Documentación PE-SIG-SGC-MT-01, en el cual se establece los documentos, registros y no controlados que maneja la Entidad; para el Proceso de Control Interno), se establece sus respectivos documentos, registros, seguimiento y custodia de la información para las Auditorías Internas e informes respectivos, cumpliendo con el Numeral 7.5.3 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.

Durante la Auditoría Interna, se revisaron los procedimientos PV-CI-PR-01 AUDITORÍA INTERNA y PV-CI-PR-02 ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS, cumpliendo con el Numeral 8.1 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.

Durante la Auditoría Interna, se presenta de los resultados de la Evaluación de Desempeño Laboral de la jefe Oficina Control Interno de Gestión, cumpliendo con el Numeral 9.1.1 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.

RECOMENDACIONES	Dar cumplimiento a la documentación solicitada en el formato PV-CI-AI-FO-05 AUTODIAGNÓSTICO AUDITORÍA INTERNA EN EL SECTOR PÚBLICO, en los siguientes ítems: • Plan Estratégico Cuatrianual de Auditoría • Informe Anual del Plan Estratégico Cuatrianual de Auditoría • Programa de Aseguramiento y Mejora de la Calidad PAMC, para la Auditoría Interna • Estatuto de Auditoría de la Entidad con Acto Administrativo de Aprobación • Código de Ética del Auditor con Acto Administrativo de Aprobación • Matriz de Auditoría Dirección de Control Interno

PLANEACIÓN Y PROYECTOS

CONFORMIDADES

La Dependencia de Planeación y Proyectos cuenta con el Profesional de Planeación y Proyectos con el Contrato 003 del 01 de diciembre de 2019, con sus respectivos soportes documentales y competencias de acuerdo al Manual de Funciones de Competencias Laborales RD-GD-042, cumpliendo con el Numeral 7.2 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015

Durante la Auditoría Interna, se revisaron los procedimientos PE-GPD-PR-01 FORMULACIÓN DE INDICADORES y PE-GPD-PR-02 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN, cumpliendo con el Numeral 8.1 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.

Durante la Auditoría Interna, se presenta de los resultados de la Evaluación de Desempeño Laboral de la profesional encargada de planeación y proyectos, cumpliendo con el Numeral 9.1.1 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.

PAIPA S.A. E.S.P. Red Vital	RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P.	CÓDIGO	
	CONTROL INTERNO	PV-CI-AL-FO-03	
	INFORME DE AUDITORÍAS INTERNAS	FECHA	14/03/2023
		VERSIÓN	03
		PÁGINA	5 de 5

OBSERVACIONES	
7.5.1 Realizar abordaje de las funciones del Profesional de Planeación y Proyectos. Durante la Auditoría Interna, se realizó la verificación de las Funciones del No. 1 hasta el No. 8, no se concluye la verificación de las funciones para el mes de diciembre, como se establece en la Prórroga de Auditoría.	
NO CONFORMIDADES	
La Dependencia de Planeación y Proyectos cuenta con una Lista Maestra de Documentación establecida para el área, se evidenciaron que no se tiene actualizado los Planes Institucionales: Plan Estratégico Institucional y Plan de Acción, incumpliendo con los Numerales 7.5.2 y 7.5.3 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.	
RECOMENDACIONES	• Establecer inventario documental físico y digital por parte de la Oficina Productora de Planeación y Proyectos.

Jhon Edison Fonseca Barón

JHON EDISON FONSECA BARÓN
LÍDER DE CONTROL INTERNO