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	CORTE A 31 DE OCTUBRE DE 2025
FECHA DE LA AUDITORÍA	01, 02, 03, 04 Y 05 DE DICIEMBRE DE 2025
FECHA DE INFORME	17 DE DICIEMBRE DE 2025
NIVEL DE PROCESO	Dependencias
MISIONAL (Subgerencia General Operativa)	Gestión de Acueducto y Alcantarillado / Redes
PROCESO / ÁREA AUDITADO	Redes de Acueducto y Alcantarillado
PERSONAL AUDITADO	Profesional de Acueducto y Alcantarillado / Personal de Acueducto y Alcantarillado
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 a los criterios seleccionados, los requisitos reglamentarios, contractuales y legales aplicables.
CRITERIOS DE AUDITORÍA	Lista Maestra de Documentación
EQUIPO AUDITOR	Andrew Masami Asakura Garcia

CONTEXTO

Teniendo en cuenta la Circular 026 de 2025 del 10 de junio 2025, emitido por la Oficina de Control Interno, se realiza la Auditoría Interna ISO 9001:2015 y demás normas aplicables al sector de servicios públicos domiciliarios, se ejecuta la Auditoría Interna de Segunda Parte por parte de la Dependencia de Sistema Integrado de Gestión, para dar cumplimiento al Plan Anual de Auditorías Internas como se establece en la Resolución RVP 075 de 2025. La Auditoría Interna esta soportada en base a 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 9, 14, 16 y 19.

9. **Realizar los análisis del cumplimiento de las políticas a cargo de la entidad y proponer mejoras para su adecuada implementación y mejora en la gestión y el desempeño de las entidades públicas.**
14. **Realización de la auditoría interna del sistema integrado de gestión QHSE.**
16. **Revisar y auditar los requisitos para establecer brechas e implementar y surtir en el proceso de certificación 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.**

LISTA DE CHEQUEO ISO 9001:2015					
Numeral	**Requisito**	**Cumplimiento**			**Observaciones**
		C	**OBS**	**NC**	
7.1.2	**Personas** La organización debe determinar y proporcionar las personas necesarias para la implementación eficaz de su sistema de gestión de la calidad y para la operación y control de sus procesos.	X			El área de Acueducto y Alcantarillado está liderada por el Profesional de Acueducto y Alcantarillado, en conjunto con diecinueve (19) Operarios de Acueducto y Alcantarillado, como se establecen en el Manual de Funciones y Competencias Laborales RD-GD-042.
7.1.3	**Infraestructura** La organización debe determinar, proporcionar y mantener la infraestructura necesaria para la operación de sus procesos y lograr la conformidad de los productos y servicios.		X		El cuarto de almacenamiento de herramientas de Acueducto y Alcantarillado cuenta en su interior los lockers y los estantes para la ubicación de las herramientas para la ejecución de las actividades; sin embargo, no se cuenta con la señalización respectiva de la inmobiliaria, no se encuentra debidamente delimitado el área y organizada de forma óptima. Se cuenta con el Plan PM-GAC-MRA-PL-01 PLAN DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS Y HERRAMIENTAS DEL SISTEMA DE DISTRIBUCIÓN DE AGUA
7.1.4	**Ambiente para la operación de los procesos** La organización debe determinar, proporcionar y mantener el ambiente necesario para la operación de sus procesos y para lograr la conformidad de los productos y servicios. NOTA Un ambiente adecuado puede ser una combinación de factores humanos y físicos, tales como: a) Sociales (por ejemplo, no discriminatorio, ambiente tranquilo, libre de conflictos). b) Psicológicos (por ejemplo, reducción del estrés, prevención del síndrome de agotamiento, cuidado de las emociones); c) Físicos (por ejemplo, temperatura, calor, humedad, iluminación, circulación del aire, higiene, ruido).	X			La Entidad cuenta con el Plan PA-GTH-DC-PL-03 PLAN DE BIENESTAR SOCIAL E INCENTIVOS V7, que establece un cronograma de actividades de esparcimiento direccionados bajo el liderazgo de la Subgerencia General Administrativa que garantizan los ambientes sociales y psicosociales conforme de los productos y servicios. La Entidad cuenta con el COCOLAB nombrado recientemente bajo la Resolución RVP 074 de 2025 que garantizan los ambientes sociales y psicosociales conforme de los productos y servicios. El cuarto de almacenamiento de herramientas de Acueducto y Alcantarillado cuenta en su interior los lockers de los operarios.

	Estos factores pueden diferir sustancialmente dependiendo de los productos y servicios suministrados.				
7.1.6	**Conocimientos de la organización** Ha determinado la organización los conocimientos necesarios para el funcionamiento de sus procesos y el logro de la conformidad de los productos y servicios y, ha implementado un proceso de experiencias adquiridas.	X			La Entidad cuenta con el Plan PA-GTH-DC-PL-02 PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN V10 y el Plan PA-GTH-DC-PL-05 PLAN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN V3 para definir de manera planificada las estrategias en materia de gestión del conocimiento en la Entidad, es necesario la implementación del Procedimiento de Gestión de Conocimiento para determinar la estrategia de conocimiento, el objeto, la fecha de implementación, la estrategia detallada para el proceso, lecciones aprendidas, participantes, responsables, los recursos necesarios, mecanismos de verificación, evidencias de la verificación y fecha de cierre de divulgación.
7.3	**TOMA DE CONCIENCIA** La organización debe asegurarse de que las personas que realizan el trabajo bajo el control de la organización tomen conciencia de: a) la política de la calidad; b) los objetivos de la calidad pertinentes; c) su contribución a la eficacia del sistema de gestión de la calidad, incluidos los beneficios de una mejora del desempeño; d) las implicaciones del incumplimiento de los requisitos del sistema de gestión de la calidad.	X			La Entidad cuenta con el personal idóneo para el direccionamiento del Acueducto y Alcantarillado, se tiene el dominio de la Política de Calidad y los Objetivos de Calidad.
7.5.1	**INFORMACIÓN DOCUMENTADA** **Generalidades** Se ha establecido la información documentada requerida por la norma y necesaria para la implementación y funcionamiento eficaces del SGC.	X			La Entidad establece el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-01 CONTROL DE INFORMACIÓN DOCUMENTADA V4, con los lineamientos pertinentes a la creación, actualización, identificación, revisión, aprobación, control, protección, distribución, almacenamiento, conservación y disposición de la información documentada requerida por la Entidad y el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-03 MANTENIMIENTO Y CONSERVACIÓN DOCUMENTAL V4 con los contenidos adecuados para la conservación de los documentos de las Listas Maestras de Documentación de la Empresa de Servicios Públicos Domiciliarios Red Vital Paipa S.A. E.S.P., con el fin de protegerla de manejos u acceso inadecuado, así como las condiciones de preservación de los documentos.

7.5.2	**Creación y actualización** Existe una metodología documentada adecuada para la revisión y actualización de documentos.	X			La Entidad establece el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-01 CONTROL DE INFORMACIÓN DOCUMENTADA V4, con los lineamientos pertinentes a la creación, actualización, identificación, revisión, aprobación, control, protección, distribución, almacenamiento, conservación y disposición de la información documentada requerida por la Entidad.
7.5.3.1	**Control de la información documentada** La información documentada requerida por el sistema de gestión de la calidad y por esta Norma Internacional se debe controlar para asegurarse de que: a) esté disponible y sea idónea para su uso, donde y cuando se necesite; b) esté protegida adecuadamente (por ejemplo, contra pérdida de la confidencialidad, uso inadecuado o pérdida de integridad).		X		La Entidad cuenta con Tablas de Retención Documental establecidas en la Resolución RVP 170 de 2021 que permite la organización de la documentación direccionada de las áreas administrativas y operacionales; sin embargo, se están manejando series documentales que no encuentran establecidos, no se encuentra actualizado correctamente las TRD desde la Reestructuración realizada el 26 de octubre de 2022. Catastro Acueducto (2021) Catastro Alcantarillado (2019) Bitácora de Actividades Programación de Apoyo Operativo Hojas de Vida de Equipos de Acueducto y Alcantarillado Reporte de Intervenciones de Acueducto y Alcantarillado Enero-Junio 2025 Reporte de Intervenciones de Julio-Septiembre 2025 Reporte SUI de Presiones y Metros Lineales de Acueducto
7.5.3.2	Para el control de la información documentada, la organización debe abordar las siguientes actividades, según corresponda: a) distribución, acceso, recuperación y uso; b) almacenamiento y preservación, incluida la preservación de la legibilidad; c) control de cambios (por ejemplo, control de versión); d) conservación y disposición.	X			La Entidad establece el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-01 CONTROL DE INFORMACIÓN DOCUMENTADA V4, con los lineamientos pertinentes a la creación, actualización, identificación, revisión, aprobación, control, protección, distribución, almacenamiento, conservación y disposición de la información documentada requerida por la Entidad.
8.1	**OPERACIÓN / PLANIFICACIÓN Y CONTROL OPERACIONAL** • Se planifican, implementan y controlan los procesos necesarios para cumplir los requisitos para la provisión de servicios.	X			Para la Planificación de los procesos de la Entidad, tenemos los siguientes procedimientos y planes: PM-GAC-PR-02 INTERVENCIÓN DE REDES DE ACUEDUCTO PM-GAC-PR-03 INTERVENCIÓN DE MEDIDORES DE AGUA POTABLE Y REGISTRO

	• La salida de esta planificación es adecuada para las operaciones de la organización. • Se asegura que los procesos contratados externamente estén controlados. Se revisan las consecuencias de los cambios no previstos, tomando acciones para mitigar cualquier efecto adverso.				PM-GAL-PR-04 INTERVENCIÓN DE REDES DE ALCANTARILLADO PM-GAC-MRA-PL-01 PLAN DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS Y HERRAMIENTAS DEL SISTEMA DE DISTRIBUCIÓN DE AGUA PM-GAC-MRA-MA-02 MANUAL DE OP Y MTTO DEL SISTEMA DE DISTRIBUCIÓN DE AGUA POTABLE
8.2.2	**Determinación de los requisitos para los productos y servicios** Se determinan los requisitos legales y reglamentarios para los productos y servicios que se ofrecen y aquellos considerados necesarios para la organización.	X			La Entidad cuenta con la Matriz PE-GJ-MT-01 MATRIZ DE REQUISITOS LEGALES V3 que documenta los requisitos legales y reglamentarios para dar cumplimiento a la prestación eficiente, segura y conforme de los servicios públicos de acueducto, alcantarillado y aseo, en el marco del Sistema Integrado de Gestión, se tiene establecido la normatividad para Gestión de Acueducto y Alcantarillado.
8.2.3.1	**Revisión de los requisitos para los productos y servicios** • La organización se asegura que tiene la capacidad de cumplir los requisitos de los productos y servicios ofrecidos. • La organización revisa los requisitos del cliente antes de comprometerse a suministrar productos y servicios a este • Se confirma los requisitos del cliente antes de la aceptación por parte de estos, cuando no se ha proporcionado información documentada al respecto. Se asegura que se resuelvan las diferencias existentes entre los requisitos del contrato o pedido y los expresados previamente.	X			El área de Acueducto y Alcantarillado cuenta con el funcionamiento de todos los productos y servicios para suplir las necesidades de los usuarios, como se establecen en los siguientes procedimientos: PM-GAC-PR-02 INTERVENCIÓN DE REDES DE ACUEDUCTO PM-GAC-PR-03 INTERVENCIÓN DE MEDIDORES DE AGUA POTABLE Y REGISTRO PM-GAL-PR-04 INTERVENCIÓN DE REDES DE ALCANTARILLADO PM-GAC-MRA-PL-01 PLAN DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS Y HERRAMIENTAS DEL SISTEMA DE DISTRIBUCIÓN DE AGUA PM-GAC-MRA-MA-02 MANUAL DE OP Y MTTO DEL SISTEMA DE DISTRIBUCIÓN DE AGUA POTABLE
8.2.3.2	Se conserva la información documentada, sobre	X			Bitácora de Actividades

	cualquier requisito nuevo para los servicios.				Programación de Apoyo Operativo Hojas de Vida de Equipos de Acueducto y Alcantarillado Reporte de Intervenciones de Acueducto y Alcantarillado Enero-Junio 2025 Reporte de Intervenciones de Julio-Septiembre 2025 Reporte SUI de Presiones y Metros Lineales de Acueducto
8.2.4	**Cambios en los requisitos para los productos y servicios** Las personas son conscientes de los cambios en los requisitos de los productos y servicios, se modifica la información documentada pertinente a estos cambios.	X			El área de Acueducto y Alcantarillado bajo el liderazgo del Profesional de Acueducto y Alcantarillado puede realizar las respectivas solicitudes de gestión de cambio, necesidades de requerimientos, y en los documentos de base de la Gestión de Acueducto y Alcantarillado. PM-GAC-PR-02 INTERVENCIÓN DE REDES DE ACUEDUCTO PM-GAC-PR-03 INTERVENCIÓN DE MEDIDORES DE AGUA POTABLE Y REGISTRO PM-GAL-PR-04 INTERVENCIÓN DE REDES DE ALCANTARILLADO PM-GAC-MRA-PL-01 PLAN DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS Y HERRAMIENTAS DEL SISTEMA DE DISTRIBUCIÓN DE AGUA PM-GAC-MRA-MA-02 MANUAL DE OP Y MTTO DEL SISTEMA DE DISTRIBUCIÓN DE AGUA POTABLE
8.5.1	**PRODUCCIÓN Y PROVISIÓN DEL SERVICIO Control de la producción y de la provisión del servicio** • Se implementa la producción y provisión del servicio bajo condiciones controladas. • Dispone de información documentada que defina las características de los productos a producir, servicios a prestar, o las actividades a desempeñar. • Dispone de información documentada que defina los resultados a alcanzar. • Se controla la disponibilidad y el uso de recursos de seguimiento y medición adecuados. • Se controla la implementación de actividades de	X			El área de Acueducto y Alcantarillado implementa su Modelo de Operación por Procesos conforme a los lineamientos del Sistema Integrado de Gestión. Para ello, dispone de la Lista Maestra de Documentación de Gestión Documental, ubicada en la Unidad de Almacenamiento SIG-REGISTROS y SIG-DOCUMENTOS, donde se organiza y controla la información documentada necesaria para la operación del proceso. En cumplimiento del numeral 8.5.1 de la Norma ISO 9001:2015, la prestación del servicio de ornato se desarrolla bajo condiciones controladas, garantizando la eficiencia y uniformidad del servicio: • Personal para Acue-Alca / 19 funcionarios para la actividad • Hojas de Vida de los Equipos de Acueducto y Alcantarillado • Procedimientos de Intervenciones de Acue-Alca • Bitácora de Actividades • Programación de Apoyo Operativo • Reporte de Intervenciones de Acueducto y Alcantarillado Enero-Junio 2025

	seguimiento y medición en las etapas apropiadas. • Se controla el uso de la infraestructura y el entorno adecuado para la operación de los procesos. • Se controla la designación de personas competentes. Se controla la validación y revalidación periódica de la capacidad para alcanzar los resultados planificados. Se controla la implementación de acciones para prevenir los errores humanos. Se controla la implementación de actividades de liberación, entrega y posteriores a la entrega.				• Reporte de Intervenciones de Julio-Septiembre 2025 • Indicadores IUS para la medición del servicio de acueducto y alcantarillado • Reporte del Sistema Único de Información SUI • Auditoría Externa de Gestión y Resultados en cumplimiento normativo a la SSPD
8.5.2	**Identificación y trazabilidad** • La organización utiliza medios apropiados para identificar las salidas de los productos y servicios. • Identifica el estado de las salidas con respecto a los requisitos. Se conserva información documentada para permitir la trazabilidad.	X			El área de Acueducto y Alcantarillado cuenta la siguiente documentación para la identificación y trazabilidad de los productos y servicios: Bitácora de Actividades Programación de Apoyo Operativo Hojas de Vida de Equipos de Acueducto y Alcantarillado Reporte de Intervenciones de Acueducto y Alcantarillado Enero-Junio 2025 Reporte de Intervenciones de Julio-Septiembre 2025 Reporte SUI de Presiones y Metros Lineales de Acueducto
8.5.3	**Propiedad perteneciente a los clientes o proveedores externos** • La organización cuida la propiedad de los clientes o proveedores externos mientras está bajo el control de la organización o siendo utilizada por la misma. • Se Identifica, verifica, protege y salvaguarda la propiedad de los clientes o de los proveedores externos suministrada para su utilización o	X			La Entidad como cliente interno, salvaguarda la información del área de Acueducto y Alcantarillado, a través del Software SYSMAN. En el Procedimiento PA-GCOM-PR-04 ADMINISTRACIÓN DE DISPOSITIVOS DE REDES Y COMUNICACIONES de la Gestión de Sistemas y Comunicaciones, se tiene discriminado las actividades de la realización de las copias de información y la seguridad y restricción de la información. Con la creación de la carpeta, permite comprimir toda la información en un disco duro que queda en custodia del Servidor de Sistemas y Comunicaciones y la seguridad de la información permite la creación de una red interna exclusivo para la Entidad para masificar la protección de los datos (información de la Entidad, datos históricos, y demás contendido intangible), se evidencia que para la Vigencia 2024

	incorporación en los productos y servicios. Se informa al cliente o proveedor externo, cuando su propiedad se pierda, deteriora o de algún otro modo se considere inadecuada para el uso y se conserva la información documentada sobre lo ocurrido.				se realizó el respectivo cargue a la NAS.
8.5.4	**Preservación** La organización preserva las salidas en la producción y prestación del servicio, en la medida necesaria para asegurar la conformidad con los requisitos.	X			Durante la Auditoría Interna, se evidencia que la información del Archivo de Gestión está bajo custodia del Líder y responsables del área.
8.5.5	**Actividades posteriores a la entrega** • Se cumplen los requisitos para las actividades posteriores a la entrega asociadas con los productos y servicios. • Al determinar el alcance de las actividades posteriores a la entrega la organización considero los requisitos legales y reglamentarios. • Se consideran las consecuencias potenciales no deseadas asociadas a sus productos y servicios. • Se considera la naturaleza, el uso y la vida útil prevista de sus productos y servicios. • Considera los requisitos del cliente. Considera la retroalimentación del cliente.		X		La organización cuenta con mecanismos de control que permiten evidenciar el cumplimiento de los requisitos del servicio de Acueducto y Alcantarillado. Para ello, se dispone de evidencias fotográficas tomadas durante las intervenciones, las cuales se envían a través del medio digital autorizado, WhatsApp, garantizando la trazabilidad y el registro oportuno del estado de las áreas intervenidas. Las actividades de Acueducto y Alcantarillado se encuentran definidos los requisitos técnicos y operativos, incluyendo los equipos y herramientas, las cuales poseen una frecuencia por vida útil que permite asegurar la eficiencia en la prestación del servicio y la conformidad con los estándares establecidos. Todas las actividades están bajo órdenes de trabajo, líneas de atención telefónica o virtual, sin embargo, se debe fortalecer: • Mecanismos de reporte de las actividades de las ordenes de trabajo. • Reporte con una frecuencia establecida de las evidencias mediante los formatos establecidos del SGC para la trazabilidad de la información. • Periodicidad en los cambios efectuados en las Redes de Acueducto y Alcantarillado en los planos. • Reportes de cambios del diseño de Redes de Acueducto y Alcantarillado.
8.5.6	**Control de cambios** • La organización revisa y controla los cambios en la producción o la prestación del servicio para asegurar	X			Se cuenta con el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-04 GESTIÓN DEL CAMBIO V4, el cual establece los lineamientos para planificar los cambios del SIG. La Entidad cuenta con la Matriz PE-SIG-SGC-MT-04 MATRIZ DEL GESTIÓN DE CAMBIO V4. Para el proceso de Gestión de Acueducto y Alcantarillado, se tiene documentando o

	la conformidad con los requisitos. • Se conserva información documentada que describa la revisión de los cambios, las personas que autorizan o cualquier acción que surja de la revisión.				gestión de planes de acción cambios para el proceso: Implementación del Proceso de Gestión de Mantenimiento que incluya el Plan de Mantenimiento de Equipos Auxiliares (Equipos de Ornato).
8.6	**LIBERACIÓN DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS** • La organización implementa las disposiciones planificadas para verificar que se cumplen los requisitos de los productos y servicios. • Se conserva la información documentada sobre la liberación de los productos y servicios. • Existe evidencia de la conformidad con los criterios de aceptación. Existe trazabilidad a las personas que autorizan la liberación.		X		El área de Acueducto y Alcantarillado consolida la información documentada exigida por el numeral 8.6 a través de los informes de reportes mensuales, sin embargo, en necesario fortalecer las evidencias de la conformidad de la actividad de acueducto y alcantarillado: • Las evidencias fotográficas de las intervenciones (Evidencias destacables antes y después) • El estado y uso de las herramientas de Acueducto y Alcantarillado • El estado de los equipos de Acueducto y Alcantarillado • Actualizaciones en los planos de Acueducto y Alcantarillado
8.7.1	**CONTROL DE LAS SALIDAS NO CONFORMES** • La organización se asegura que las salidas no conformes con sus requisitos se identifican y se controlan para prevenir su uso o entrega. • La organización toma las acciones adecuadas de acuerdo a la naturaleza de la no conformidad y su efecto sobre la conformidad de los productos y servicios. • Se verifica la conformidad con los requisitos cuando se corrigen las salidas no conformes. La organización trata las salidas no conformes de una o más maneras		X		La Entidad cuenta con el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-06 SALIDAS NO CONFORMES; sin embargo, no se tiene documentado Salidas no Conformes para la respectiva Vigencia, se recomienda Capacitación de Salidas no Conformes.

8.7.2	La organización conserva información documentada que describa la no conformidad, las acciones tomadas, las concesiones obtenidas e identifique la autoridad que decide la acción con respecto a la no conformidad.		X		La Entidad cuenta con el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-06 SALIDAS NO CONFORMES; sin embargo, no se tiene documentado Salidas no Conformes para la respectiva Vigencia, se recomienda Capacitación de Salidas no Conformes.
9.1.1	**EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO SEGUIMIENTO, MEDICIÓN, ANÁLISIS Y EVALUACIÓN Generalidades** • La organización determina que necesita seguimiento y medición. • Determina los métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación para asegurar resultados válidos. • Determina cuando se lleva a cabo el seguimiento y la medición. • Determina cuando analizar y evaluar los resultados del seguimiento y medición. • Evalúa el desempeño y la eficacia del SGC. Conserva información documentada como evidencia de los resultados.		X		La Entidad cuenta con la Matriz PE-GPD-MT-04 MATRIZ HOJA DE VIDA INDICADORES V5 y PE-GPD-MT-06 MATRIZ DE SEGUIMIENTO DE INDICADORES V1 el cual establece los siguientes métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación. Para la Vigencia 2025, se establecen Indicador Únicos Sectoriales IUS para la medición de la vigencia 2024 y finalizando posteriormente la vigencia 2025, para dar cumplimiento a la Resolución CRA 906 de 2019. La Entidad cuenta con el Procedimiento PA-GTH-PR-05 EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO LABORAL V4; sin embargo, no se evidencia las Evaluaciones de Desempeño Laboral del Personal de Ornato del segundo semestre 2024.
9.2.1	**AUDITORIA INTERNA** • La organización lleva a cabo auditorías internas a intervalos planificados. • Las auditorías proporcionan información sobre el SGC conforme con los requisitos propios de la organización y los requisitos de la NTC ISO 9001:2015. • La organización planifica, establece, implementa y	X			Realizado por el Auditor Interno de Sistemas en Sistemas Integrados de Gestión HSEQ (ISO 9001:2015, 14001:2015, 45001:2018) con enfoque en Responsabilidad Social Empresarial e ISO/IEC 17025:2017, bajo la Dirección de la Oficina de Control Interno como Auditor Líder.

	mantiene uno o varios programas de auditoría. • Define los criterios de auditoría y el alcance para cada una. • Selecciona los auditores y lleva a cabo auditorías para asegurar la objetividad y la imparcialidad del proceso. • Asegura que los resultados de las auditorias se informan a la dirección. • Realiza las correcciones y toma las acciones correctivas adecuadas. Conserva información documentada como evidencia de la implementación del programa de auditoría y los resultados.				
9.2.2	La organización debe planificar, establecer, implementar y mantener uno o varios programas de auditoría que incluyan la frecuencia, los métodos, las responsabilidades, los requisitos de planificación y la elaboración de informes, que deben tener en consideración la importancia de los procesos involucrados, los cambios que afecten a la organización y los resultados de las auditorías previas.	X			Realizado por el Auditor Interno de Sistemas en Sistemas Integrados de Gestión HSEQ (ISO 9001:2015, 14001:2015, 45001:2018) con enfoque en Responsabilidad Social Empresarial e ISO/IEC 17025:2017, bajo la Dirección de la Oficina de Control Interno como Auditor Líder.
9.3.1	**REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN Generalidades** La alta dirección revisa el SGC a intervalos planificados, para asegurar su conveniencia, adecuación, eficacia y alineación continua con la estrategia de la organización.	X			La Entidad cuenta con el Informe de Revisión por la Alta Dirección Vigencia 2024 requeridos por normatividad y Entes de Control, cuenta con las Necesidades de Cambio del MIPG / SIG.
9.3.2	**Entradas de la revisión por la dirección** • La alta dirección planifica y lleva a cabo la revisión incluyendo consideraciones sobre el estado de las	X			**ENTRADAS DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN ESTABLECIDOS EN LA VIGENCIA 2024** • Resultados de Auditorías Internas / Verificados / Vigencia 2024

	acciones de las revisiones previas. • Considera los cambios en las cuestiones externas e internas que sean pertinentes al SGC. • Considera la información sobre el desempeño y la eficiencia del SGC. • Considera los resultados de las auditorías. • Considera el desempeño de los proveedores externos. • Considera la adecuación de los recursos. • Considera la eficiencia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y las oportunidades. Se considera las oportunidades de mejora.				• Política de Calidad / Verificado / Actualizado para Vigencia 2025 • Matriz DOFA / Verificado / Actualizado para Vigencia 2025 • Matriz STAKEHOLDERS / Verificado / Actualizado para Vigencia 2025 • Gestión de Indicadores de Gestión / Actualizado para Vigencia 2025 • No Conformidades / Verificadas / Revisados para Vigencia 2025 • Evaluación de Proveedores / Verificados para la Vigencia 2024 • Adecuación de Recursos del SGC / Plan Anual de Adquisiciones Vigencia 2025 • Gestión de Riesgos y Oportunidades / Actualizado para Vigencia 2025 La Entidad cuenta con el Informe de Revisión por la Alta Dirección Vigencia 2024 requeridos por normatividad y Entes de Control; se tiene documentados acciones de mejora con respeto al Proceso de Ornato (Gestión de Acueducto y Alcantarillado).
9.3.3	**Salidas de la revisión por la dirección** • Las salidas de la revisión incluyen decisiones y acciones relacionadas con oportunidades de mejora. • Incluyen cualquier necesidad de cambio en el SGC. • Incluye las necesidades de recursos. Se conserva información documentada como evidencia de los resultados de las revisiones.	X			**NECESIDADES DE CAMBIOS DEL MIPG / SGC ESTABLECIDOS PARA LA VIGENCIA 2025** • Cambios que puedan afectar el Sistema de Gestión de Calidad; tal como se estableció en el presente informe de Revisión por la dirección, se establecen como cambios prioritarios para la vigencia 2025: • Recertificación del Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001:2015, con el objetivo de ordenar y gestionar la mejora Continua de la entidad, buscando asegurar el cumplimiento de los Requerimientos Legales y generar cumplimiento a las responsabilidades de los funcionarios de la Entidad. • Adecuación, mejora de la infraestructura de la sede de la empresa de servicios públicos RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P. • Implementación del Proceso de Gestión de Mantenimiento que incluya el Plan

					de Mantenimiento de las Instalaciones, Equipo Automotor, Equipos Auxiliares. • Actualización de las Tablas de Retención Documental, debido a la Reestructuración realizada a partir del 26 de octubre de 2022 • Adecuación de la mejora del Laboratorio de RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P.
10.1	**MEJORA Generalidades** La organización ha determinado y seleccionado las oportunidades de mejora e implementado las acciones necesarias para cumplir con los requisitos del cliente y mejorar su satisfacción.	X			La Entidad cuenta con el Plan de Mejoramiento 2024 SGO con fecha de suscripción del 01 de noviembre de 2024, se identifica para la Gestión de Acueducto y Alcantarillado para el proceso 2 No Conformidades, con las acciones a implementar respectivas, soporte de evidencias, metas de cumplimiento, con fecha de inicio – final, responsable y estado de la No Conformidad. 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 ha cerrado correctamente la No Conformidad No. 3, incumpliendo con el Numeral 10.2 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.
10.2.1	**NO CONFORMIDAD Y ACCIÓN CORRECTIVA** • La organización reacciona ante la no conformidad, toma acciones para controlarla y corregirla. • Evalúa la necesidad de acciones para eliminar las causas de la no conformidad. • Implementa cualquier acción necesaria, ante una no conformidad. • Revisa la eficacia de cualquier acción correctiva tomada. • Actualiza los riesgos y oportunidades de ser necesario.			X	Durante la Auditoría Interna, se realiza la revisión de las No Conformidades del área de Acueducto y Alcantarillado: **Auditoría Interna** 1. 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. **La No Conformidad está cerrada.** 2. 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

	• Hace cambios al SGC si fuera necesario. Las acciones correctivas son apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas.				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. **La No Conformidad está cerrada.** **Auditoría Externa** 3. La organización no planifica los procesos necesarios para cumplir con los requisitos para la provisión de productos y servicios. Para la muestra aleatoria seleccionada, no se evidenció que la organización planificó las actividades de intervención al sistema de acueducto realizada en el último trimestre de 2024, en la zona Centro y Hospital de la ciudad de Paipa. **La No Conformidad sigue abierta.**
10.2.2	Se conserva información documentada como evidencia de la naturaleza de las no conformidades, cualquier acción tomada y los resultados de la acción correctiva.			X	La Entidad cuenta con el Plan de Mejoramiento 2024 SGO con fecha de suscripción del 01 de noviembre de 2024, se identifica para la Gestión de Acueducto y Alcantarillado para el proceso 2 No Conformidades, con las acciones a implementar respectivas, soporte de evidencias, metas de cumplimiento, con fecha de inicio – final, responsable y estado de la No Conformidad. La Entidad cuenta con un PCAC de la Entidad ICONTEC del 05 de marzo de 2025, el cual establece el Plan de Trabajo de las No Conformidades establecidas detectadas para la vigencia 2024, 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 (Redes), se evidencia que no se ha cerrado correctamente la No Conformidad No. 3, incumpliendo con el Numeral 10.2 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.
10.3	**MEJORA CONTINUA**	X			**NECESIDADES DE CAMBIOS DEL MIPG / SGC**

	• La organización mejora continuamente la conveniencia, adecuación y eficacia del SGC. Considera los resultados del análisis y evaluación, las salidas de la revisión por la dirección, para determinar si hay necesidades u oportunidades de mejora.				• Cambios que puedan afectar el Sistema de Gestión de Calidad; tal como se estableció en el presente informe de Revisión por la dirección, se establecen como cambios prioritarios para la vigencia 2025: • Recertificación del Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001:2015, con el objetivo de ordenar y gestionar la mejora Continua de la entidad, buscando asegurar el cumplimiento de los Requerimientos Legales y generar cumplimiento a las responsabilidades de los funcionarios de la Entidad. • Adecuación, mejora de la infraestructura de la sede de la empresa de servicios públicos RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P. • Implementación del Proceso de Gestión de Mantenimiento que incluya el Plan de Mantenimiento de las Instalaciones, Equipo Automotor, Equipos Auxiliares. • Actualización de las Tablas de Retención Documental, debido a la Reestructuración realizada a partir del 26 de octubre de 2022 • Adecuación de la mejora del Laboratorio de RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P.

CONFORMIDADES

El área de Acueducto y Alcantarillado está liderada por el Profesional de Acueducto y Alcantarillado, en conjunto con diecinueve (19) Operarios de Acueducto y Alcantarillado, como se establecen en el Manual de Funciones y Competencias Laborales RD-GD-042, cumpliendo con el Numeral 7.1.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con el Plan PA-GTH-DC-PL-03 PLAN DE BIENESTAR SOCIAL E INCENTIVOS V7, que establece un cronograma de actividades de esparcimiento direccionados bajo el liderazgo de la Subgerencia General Administrativa que garantizan los ambientes sociales y psicosociales conforme de los productos y servicios, el cuarto de almacenamiento de herramientas de Acueducto y Alcantarillado cuenta en su interior los lockers de los operarios, cumpliendo con el Numeral 7.1.4 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con el Plan PA-GTH-DC-PL-02 PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN V10 y el Plan PA-GTH-DC-PL-05 PLAN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN V4 para definir de manera planificada las estrategias en materia de gestión del conocimiento en la Entidad, cumpliendo con el Numeral 7.1.6 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con el personal idóneo para el direccionamiento del Acueducto y Alcantarillado, se tiene el dominio de la Política de Calidad y los Objetivos de Calidad, cumpliendo con el Numeral 7.3 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad establece el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-01 CONTROL DE INFORMACIÓN DOCUMENTADA V4, con los lineamientos pertinentes a la creación, actualización, identificación, revisión, aprobación, control, protección, distribución, almacenamiento, conservación y disposición de la información documentada requerida por la Entidad y el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-03 MANTENIMIENTO Y CONSERVACIÓN DOCUMENTAL V4 con los contenidos adecuados para la conservación de los documentos de las Listas Maestras de Documentación de la Empresa de Servicios Públicos Domiciliarios Red Vital Paipa S.A. E.S.P., cumpliendo con el Numeral 7.5.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad establece el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-01 CONTROL DE INFORMACIÓN DOCUMENTADA V4, con los lineamientos pertinentes a la creación, actualización, identificación, revisión, aprobación, control, protección, distribución, almacenamiento, conservación y disposición de la información documentada requerida por la Entidad., cumpliendo con el Numeral 7.5.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad establece el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-01 CONTROL DE INFORMACIÓN DOCUMENTADA V4, con los lineamientos pertinentes a la creación, actualización, identificación, revisión, aprobación, control, protección, distribución, almacenamiento, conservación y disposición de la información documentada requerida por la Entidad, cumpliendo con el Numeral 7.5.3.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

El área de Acueducto y Alcantarillado para el Proceso cuenta con un (1) manual, tres (3) procedimientos y un (1) plan, con sus últimas revisiones y verificaciones acorde la descripción de las actividades del Ornato y las áreas de intervención de zonas verdes, cumpliendo con el Numeral 8.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad contempla los medios físicos y digitales autorizados para las comunicaciones internas y externas; el área de Acueducto y Alcantarillado establece comunicación de forma verbal y escrita con sus clientes internos y externos por los medios autorizados por la Entidad (celular corporativo), retroalimentación los reclamos del servicio de acueducto y alcantarillado, cumpliendo con el Numeral 8.2.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con la Matriz PE-GJ-MT-01 MATRIZ DE REQUISITOS LEGALES V3 que documenta los requisitos legales y reglamentarios para dar cumplimiento a la prestación eficiente, segura y conforme de los servicios públicos de acueducto, alcantarillado y aseo, en el marco del Sistema Integrado de Gestión, se tiene establecido la normatividad para Gestión de Acueducto y Alcantarillado, cumpliendo con el Numeral 8.2.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

El área de Acueducto y Alcantarillado cuenta con el funcionamiento de todos los productos y servicios para suplir las necesidades de los usuarios, cumpliendo con los Numerales 8.2.3.1 y 8.2.3.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

El área de Acueducto y Alcantarillado bajo el liderazgo del Profesional de Acueducto y Alcantarillado puede realizar las respectivas solicitudes de gestión de cambio, cumpliendo con el Numeral 8.2.4 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

El área de Acueducto y Alcantarillado implementa su Modelo de Operación por Procesos conforme a los lineamientos del Sistema Integrado de Gestión. Para ello, dispone de la Lista Maestra de Documentación de Gestión Documental, ubicada en la Unidad de Almacenamiento SIG-REGISTROS y SIG-DOCUMENTOS, donde se organiza y controla la información documentada necesaria para la operación del proceso, cumpliendo con el Numeral 8.5.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

El área de Acueducto y Alcantarillado cuenta con la Bitácora de Actividades, la Programación de Apoyo Operativo, las Hojas de Vida de Equipos de Acueducto y Alcantarillado, los Reporte de Intervenciones de Acueducto y Alcantarillado, el Reporte SUI de Presiones y Metros Lineales de Acueducto para garantizar la eficacia del servicio, cumpliendo con el Numeral 8.5.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad como cliente interno, salvaguarda la información del área de Acueducto y Alcantarillado, a través del Software SYSMAN. En el Procedimiento PA-GCOM-PR-04 ADMINISTRACIÓN DE DISPOSITIVOS DE REDES Y COMUNICACIONES de la Gestión de Sistemas y Comunicaciones, se tiene discriminado las actividades de la realización de las copias de información y la seguridad y restricción de la información. Con la creación de la carpeta, permite comprimir toda la información en un disco duro que queda en custodia del Servidor de Sistemas y Comunicaciones y la seguridad de la información permite la creación de una red interna exclusivo para la Entidad para masificar la protección de los datos (información de la Entidad, datos históricos, y demás contendido intangible), se evidencia que para la Vigencia 2024 se realizó el respectivo cargue a la NAS, cumpliendo con el Numeral 8.5.3 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

Durante la Auditoría Interna, se evidencia que la información del Archivo de Gestión está bajo custodia del Líder y responsables del área, cumpliendo con el Numeral 8.5.4 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-04 GESTIÓN DEL CAMBIO V4, el cual establece los lineamientos para planificar los cambios del SIG. La Entidad cuenta con la Matriz PE-SIG-SGC-MT-04 MATRIZ DEL GESTIÓN DE CAMBIO V4. Para el proceso de Gestión de Acueducto y Alcantarillado, se tiene documentando o gestión de planes de acción cambios para el proceso: Implementación del Proceso de Gestión de Mantenimiento que incluya el Plan de Mantenimiento de Equipos Auxiliares (Carritos de aseo), cumpliendo con el Numeral 8.5.6 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con el Informe de Revisión por la Alta Dirección Vigencia 2024 requeridos por normatividad y Entes de Control, cuenta con las Necesidades de Cambio del MIPG / SIG, cumpliendo con los Numerales 9.3.1, 9.3.2 y 9.3.3 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con el Plan de Mejoramiento 2024 SGO con fecha de suscripción del 01 de noviembre de 2024, se identifica para la Gestión de Acueducto y Alcantarillado para el proceso 2 No Conformidades, con las acciones a implementar respectivas, soporte de evidencias, metas de cumplimiento, con fecha de inicio – final, responsable y estado de la No Conformidad, cumpliendo con el Numeral 10.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con el Plan de Mejoramiento 2024 SGO con fecha de suscripción del 01 de noviembre de 2024, se identifica para la Gestión de Acueducto y Alcantarillado para el proceso 2 No Conformidades, con las acciones a implementar respectivas, soporte de evidencias, metas de cumplimiento, con fecha de inicio – final, responsable y estado de la No Conformidad, cumpliendo con los Numerales 10.2.1 y 10.2.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con el Informe de Revisión por la Alta Dirección Vigencia 2024 requeridos por normatividad y Entes de Control, se tiene proyección de acciones de mejoramiento para la Vigencia 2025 para su ejecución, cumpliendo con el Numeral 10.3 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

OBSERVACIONES

El cuarto de almacenamiento de herramientas de Acueducto y Alcantarillado cuenta en su interior los lockers y los estantes para la ubicación de las herramientas para la ejecución de las actividades; sin embargo, no se cuenta con la señalización respectiva de la inmobiliaria, no se encuentra debidamente delimitado el área y organizada de forma óptima. (Numeral 7.1.3 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015).

La Entidad cuenta con La Entidad cuenta con Tablas de Retención Documental establecidas en la Resolución RVP 170 de 2021 que permite la organización de la documentación direccionada de las áreas administrativas y operacionales; sin embargo, se evidencia que se están manejando series documentales que no encuentran

establecidos, no se encuentra actualizado correctamente las TRD desde la Reestructuración realizada el 26 de octubre de 2022. (Numeral 7.5.3.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015).

La Entidad cuenta con mecanismos de control para demostrar el cumplimiento de los requisitos del servicio de Acueducto y Alcantarillado, mediante evidencias fotográficas de las intervenciones, remitidas a través del medio digital autorizado (WhatsApp), lo que permite la trazabilidad de las actividades ejecutadas. Asimismo, se encuentran definidos los requisitos técnicos y operativos, incluyendo equipos y herramientas con frecuencias de uso acordes a su vida útil. No obstante, se identifica la oportunidad de fortalecer los mecanismos de reporte de las órdenes de trabajo, la entrega de evidencias con una frecuencia establecida mediante los formatos del SGC, la actualización periódica de los planos y el reporte formal de los cambios en el diseño de las Redes de Acueducto y Alcantarillado. (Numeral 8.5.5 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015).

El área de Acueducto y Alcantarillado consolida la información documentada exigida por el numeral 8.6 a través de los informes de reportes mensuales, sin embargo, en necesario fortalecer las evidencias de la conformidad de la actividad: las evidencias fotográficas de las intervenciones (Evidencias destacables antes y después), el estado y uso de las herramientas de Acueducto y Alcantarillado, el estado de los equipos de Acueducto y Alcantarillado y Actualizaciones en los planos de Acueducto y Alcantarillado. (Numeral 8.6 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015).

La Entidad cuenta con el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-06 SALIDAS NO CONFORMES; sin embargo, no se tiene documentado Salidas no Conformes para la respectiva Vigencia, se recomienda Capacitación de Salidas no Conformes. (Numeral 8.7.1 y 8.7.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015).

La Entidad cuenta con el Procedimiento PA-GTH-PR-05 EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO LABORAL V4; evidencia las Evaluaciones de Desempeño Laboral del Personal de Acueducto y Alcantarillado del segundo semestre 2024. (Numeral 9.1.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015).

NO CONFORMIDADES

La Entidad cuenta con un PCAC de la Entidad ICONTEC del 05 de marzo de 2025, el cual establece el Plan de Trabajo de las No Conformidades establecidas detectadas para la vigencia 2024, 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 (Redes), se evidencia que no se ha cerrado correctamente la No Conformidad No. 3, incumpliendo con los Numerales 10.2.1 y 10.2.1 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.



ANDREW MASAMI ASAKURA GARCIA
Profesional del Sistema Integrado de Gestión

C.C. 1.053.605.825
Auditor Interno HSEQ (ISO 9001:2051, ISO 14001:2015, ISO 45001:2015) Enfoque en RSE
Auditor Interno ISO/IEC 17025:2017

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	Segundo Semestre 2024 - Primer Semestre 2025
FECHA DE LA AUDITORÍA	17, 18 DE JUNIO DE 2025 / 04 DE JULIO DE 2025 (Adicional)
FECHA DE INFORME	01 DE AGOSTO DE 2025
NIVEL DE PROCESO	Dependencias
APOYO (Subgerencia General Administrativa)	Gestión de Recursos Físicos
PROCESO / ÁREA AUDITADO	Almacén
PERSONAL AUDITADO	Auxiliar Administrativa Almacén
OBJETIVOS	
ALCANCE	Criterios seleccionados de a la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015. Solicitud de la información documentada pertinentes a los criterios seleccionados, los requisitos reglamentarios, contractuales y legales aplicables.
CRITERIOS DE AUDITORÍA	Lista Maestra de Documentación
EQUIPO AUDITOR	Andrew Masami Asakura Garcia

CONTEXTO

Teniendo en cuenta la Circular 026 de 2025 del 10 de junio 2024, emitido por la Oficina de Control Interno, se realiza la Auditoría Interna ISO 9001:2015 y demás normas aplicables al sector de servicios públicos domiciliarios, se ejecuta la Auditoría Interna de Segunda Parte por parte de la Dependencia de Sistema Integrado de Gestión, para dar cumplimiento al Plan Anual de Auditorías Internas como se establece en la Resolución RVP 075 de 2025. La Auditoría Interna esta soportada en base a 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 9, 14, 16 y 19.

9. **Realizar los análisis del cumplimiento de las políticas a cargo de la entidad y proponer mejoras para su adecuada implementación y mejora en la gestión y el desempeño de las entidades públicas.**
14. **Realización de la auditoría interna del sistema integrado de gestión QHSE.**
16. **Revisar y auditar los requisitos para establecer brechas e implementar y surtir en el proceso de certificación 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.**

LISTA DE CHEQUEO ISO 9001:2015					
Numeral	**Requisito**	**Cumplimiento**			**Observaciones**
		C	**OBS**	**NC**	
4.1	**CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN** **COMPRENSIÓN DE LA ORGANIZACIÓN Y DE SU CONTEXTO** • La organización determina las cuestiones externas e internas que son pertinentes para el propósito y dirección estratégica. • Se realiza el seguimiento y la revisión de la información sobre estas cuestiones externas e internas. • Se ha determinado las partes interesadas y los requisitos de estas partes interesadas para el sistema de gestión de Calidad. Se realiza el seguimiento y la revisión de la información sobre estas partes interesadas y sus requisitos.	X			La Entidad cuenta con la Matriz DOFA ESTRATÉGICA INSTITUCIONAL PE-GPD-MT-02 V4 que establece las cuestiones externas e internas específicamente para el área de Archivo como se establece en el F2: Infraestructura propia para la ejecución de los procesos administrativos (GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS).
4.2	**COMPRENSIÓN DE LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LAS PARTES INTERESADAS** • Se ha determinado las partes interesadas y los requisitos de estas partes interesadas para el sistema de gestión de Calidad. Se realiza el seguimiento y la revisión de la información sobre estas partes interesadas y sus requisitos.	X			La Entidad cuenta con la MATRIZ DE GRUPOS DE INTERÉS (STAKEHOLDERS) PE-GPD-MT-03 V4 que establece las partes interesadas internas y externas con sus respectivos lineamientos de necesidades y requisitos legales.
4.3	**DETERMINACIÓN DEL ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD** • El alcance del SGC, se ha determinado según:	X			La Entidad cuenta con el ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD PE-SIG-SGC-FO-04 V4.

	• Procesos operativos, productos y servicios, instalaciones físicas, ubicación geográfica • ¿El alcance del SGC se ha determinado teniendo en cuenta los problemas externos e internos, las partes interesadas y sus productos y servicios? • Se tiene disponible y documentado el alcance del Sistema de Gestión. Se tiene justificado y/o documentado los requisitos (exclusiones) que no son aplicables para el Sistema de Gestión?				
4.4.1	**SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y SUS PROCESOS** • Se tienen identificados los procesos necesarios para el sistema de gestión de la organización Se tienen establecidos los criterios para la gestión de los procesos teniendo en cuenta las responsabilidades, procedimientos, medidas de control e indicadores de desempeño necesarios que permitan la efectiva operación y control de los mismos.	X			La Entidad cuenta con la CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS PE-GPD-CA-01 V3, en el cual establece los procesos necesarios que impactan el SGC, se tiene el Proceso de Gestión Documental, el cual está vinculado al área de Almacén, donde se tiene definido los proveedores, entradas y salidas en el Ciclo PHVA.
4.4.2	Se mantiene y conserva información documentada que permita apoyar la operación de estos procesos.	X			La Entidad cuenta con la CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS PE-GPD-CA-01 V3, que se encuentra enlazado por el MAPA DE PROCESOS PE-SIG-SGC-FO-04 V11.
5.1.1	**LIDERAZGO / LIDERAZGO Y COMPROMISO Generalidades** Se demuestra responsabilidad por parte de la alta dirección para la eficacia del SGC.	X			La Alta Dirección de la Entidad establece compromiso con el SGC, como lo establece en el Plan PE-GPD-PL-01 PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL, describe el cumplimiento a las premisas establecidas en el Sistema de Calidad de la Entidad, Gestión eficaz del Riesgo, la prevención de los riesgos asociados a la Seguridad y Salud en el Trabajo, para prevenir accidentes laborales y enfermedades laborales, promoviendo el mejoramiento continuo de los procesos para contar con los más altos estándares de calidad garantizando la satisfacción del cliente..

5.1.2	**ENFOQUE AL CLIENTE** La gerencia garantiza que los requisitos de los clientes de determinan y se cumplen. Se determinan y consideran los riesgos y oportunidades que puedan afectar a la conformidad de los productos y servicios y a la capacidad de aumentar la satisfacción del cliente	X			La Entidad establece la Matriz PV-CI-MC-MT-01 MATRIZ GESTIÓN DE RIESGO Y OPORTUNIDADES V4, donde se determinan los riesgos y oportunidades que puedan afectar a la conformidad de los productos y servicios de los procesos con sus acciones de mitigación, evaluación de controles y evidencia de cumplimiento y las oportunidades integrales.
5.2.1	**POLÍTICA Establecimiento de la política de la calidad** La política de calidad con la que cuenta actualmente la organización está acorde con los propósitos establecidos.	X			La Entidad cuenta con la POLÍTICA SGC PE-SIG-SGC-PO-01 V3, que busca satisfacer las necesidades y expectativas de sus grupos de interés, en los procesos de ACUEDUCTO. ALCANTARILLADO Y ASEO, alineado con el cumplimiento normativo de la competencia técnica de nuestro LABORATORIO DE AGUA POTABLE, asegurando la precisión, imparcialidad y confiabilidad de nuestros resultados en los procesos de tratamiento, garantizando la calidad y seguridad en el consumo de agua potable a nuestros usuarios, generando un servicio público integral de calidad, a través de la gestión eficaz de los riesgos y oportunidades, dando cumplimiento a los requisitos legales y a la Planeación Estratégica; contando con un talento humano competente y comprometido, para así mantener la eficacia y la mejora continua del Sistema de Gestión.
5.2.2	**Comunicación de la política de la calidad** Se tiene disponible a las partes interesadas, se ha comunicado dentro de la organización.	X			La Entidad cuenta con una página web institucional, en el cual se tiene publicado la Política SGC en la página web https://redvitalpaipasaesp.com/informacion-de-entidad/politica-de-calidad-del-sistema-de-la-gestion-de-la-calidad-iso-90012015-red-vital-paipa-s-a-e-s-p/, también se tiene documentado en el Plan PE-GPD-PL-01 PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL
5.3	**ROLES, RESPONSABILIDADES Y AUTORIDADES EN LA ORGANIZACIÓN** Se han establecido y comunicado las responsabilidades y autoridades para los roles pertinentes en toda la organización.	X			La Entidad cuenta con una estructura organizacional definida para el SGC, como se establece en la Matriz PE-SIG-SGC-MT-03 MATRIZ DE ROLES, RESPONSABILIDADES Y AUTORIDADES V3, cada proceso de la Entidad contiene el responsable con la autoridad para sustentar la información requerida por la Alta Dirección.
6.1.1	**PLANIFICACIÓN / ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES**	X			La Entidad establece la Matriz PV-CI-MC-MT-01 MATRIZ GESTIÓN DE RIESGO Y OPORTUNIDADES V4, donde se determinan los riesgos y oportunidades que puedan afectar a la conformidad de los productos y servicios de los procesos con sus acciones de mitigación, evaluación de controles y evidencia de cumplimiento y las oportunidades integrales.

	Se han establecido los riesgos y oportunidades que deben ser abordados para asegurar que el SGC logre los resultados esperados.				
6.1.2	La organización ha previsto las acciones necesarias para abordar estos riesgos y oportunidades y los ha integrado en los procesos del sistema.	X			La Entidad establece la Matriz PV-CI-MC-MT-01 MATRIZ GESTIÓN DE RIESGO Y OPORTUNIDADES V4, donde se determinan los riesgos y oportunidades que puedan afectar a la conformidad de los productos y servicios de los procesos con sus acciones de mitigación, evaluación de controles y evidencia de cumplimiento y las oportunidades integrales.
6.2.1	**OBJETIVOS DE LA CALIDAD Y PLANIFICACIÓN PARA LOGRARLOS** ¿Qué acciones se han planificado para el logro de los objetivos del SIG-HSEQ, programas de gestión?	X			La Entidad cuenta con los OBJETIVOS DE CALIDAD PE-SIG-SGC-OD-01 V3, que se encuentran contemplados en la Matriz PE-GPD-MT-04 MATRIZ DE INDICADORES Y DESPLIEGUES PE-GPD-MT-04 V4 que se encuentra en Actualización, el cual establece los recursos, los responsables y sus respectivos métodos de medición y desempeño.
6.2.2	Se mantiene información documentada sobre estos objetivos	X			La Entidad cuenta con los OBJETIVOS DE CALIDAD PE-SIG-SGC-OD-01 V3, que se encuentran contemplados en la Matriz de Indicadores y Despliegues PE-GPD-MT-04 V4, el cual establece los recursos, los responsables y sus respectivos métodos de medición y desempeño.
6.3	**PLANIFICACIÓN DE LOS CAMBIOS** Existe un proceso definido para determinar la necesidad de cambios en el SGC y la gestión de su implementación	X			Se cuenta con el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-04 GESTIÓN DEL CAMBIO V4, el cual establece los lineamientos para planificar los cambios del SIG. La Entidad cuenta con la Matriz PE-SIG-SGC-MT-04 MATRIZ DEL GESTIÓN DE CAMBIO V4.
7.1.1	**APOYO / RECURSOS Generalidades** La organización ha determinado y proporcionado los recursos necesarios para el establecimiento, implementación, mantenimiento y mejora continua del SGC (incluidos los requisitos de las personas, medioambientales y de infraestructura).	X			La Entidad está contenida con una planta de persona 100 funcionarios; 21 administrativos, 17 funcionarios de Acueducto, 14 funcionarios de Alcantarillado, y 43 funcionarios de Aseo.
7.1.2	**Personas** La organización debe determinar y proporcionar las personas necesarias para la implementación eficaz de su sistema de gestión de la calidad y para la operación y control de sus procesos.	X			El área de Archivo está liderada por el Subgerente General Administrativo y el Auxiliar Administrativo de Facturación, como se establecen en el MANUAL DE FUNCIONES Y COMPETENCIAS LABORALES RD-GD-042.

7.1.3	**Infraestructura** La organización debe determinar, proporcionar y mantener la infraestructura necesaria para la operación de sus procesos y lograr la conformidad de los productos y servicios.			X	En el Archivo Central se mantienen las siguientes deficiencias como la ausencia de sifones en el Almacén, se mantiene ventilación parcial para el Cuarto de Almacén, se mantiene la ausencia del Plan de Mantenimiento de Infraestructura, se tiene condiciones de almacenamiento no adecuados por espacio, se evidencia elementos que no hacen parte del inventario y que no son de resguardo.
7.1.4	**Ambiente para la operación de los procesos** La organización debe determinar, proporcionar y mantener el ambiente necesario para la operación de sus procesos y para lograr la conformidad de los productos y servicios. NOTA Un ambiente adecuado puede ser una combinación de factores humanos y físicos, tales como: a) sociales (por ejemplo, no discriminatorio, ambiente tranquilo, libre de conflictos); b) psicológicos (por ejemplo, reducción del estrés, prevención del síndrome de agotamiento, cuidado de las emociones); c) físicos (por ejemplo, temperatura, calor, humedad, iluminación, circulación del aire, higiene, ruido). Estos factores pueden diferir sustancialmente dependiendo de los productos y servicios suministrados.		X		La Entidad cuenta con el Plan PA-GTH-DC-PL-03 PLAN DE BIENESTAR SOCIAL E INCENTIVOS V7, que establece un cronograma de actividades de esparcimiento direccionados bajo el liderazgo de la Subgerencia General Administrativa que garantizan los ambientes sociales y psicosociales conforme de los productos y servicios. La Entidad cuenta con el COCOLAB nombrado recientemente bajo la Resolución RVP 074 de 2025 que garantizan los ambientes sociales y psicosociales conforme de los productos y servicios. La Oficina de Almacén cuenta con una inmobiliaria para la ubicación del funcionario, para el Almacén Central cuenta con una inmobiliaria para la ubicación de la documentación del funcionario, sin embargo, cuenta la carencia de escalera de almacén para las actividades del funcionario, que no garantizan los ambientes físicos conforme de los productos y servicios.
7.1.6	**Conocimientos de la organización** Ha determinado la organización los conocimientos necesarios para el funcionamiento de sus procesos y el logro de la conformidad de los productos y servicios y, ha implementado un proceso de experiencias adquiridas.	X			La Entidad cuenta con el Plan PA-GTH-DC-PL-02 PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN V10 y el Plan PA-GTH-DC-PL-05 PLAN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN V3 para definir de manera planificada las estrategias en materia de gestión del conocimiento en la Entidad, es necesario la implementación del Procedimiento de Gestión de Conocimiento para determinar la estrategia de conocimiento, el objeto, la fecha de implementación, la estrategia detallada para el proceso, lecciones aprendidas, participantes, responsables, los recursos necesarios, mecanismos de verificación, evidencias de la verificación y fecha de cierre de divulgación.
7.2	**COMPETENCIA**	X			El Área de Almacén cuenta con el Auxiliar Administrativo de Almacén con el Contrato de Trabajo a Término Fijo 011-2017 de 12 de julio de 2017 con su Otro SI del 02 de

	La organización se ha asegurado de que las personas que puedan afectar al rendimiento del SGC son competentes en cuestión de una adecuada educación, formación y experiencia, ha adoptado las medidas necesarias para asegurar que puedan adquirir la competencia necesaria				noviembre de 2021, con sus respectivos soportes documentales y competencias de acuerdo al MANUAL DE FUNCIONES DE COMPETENCIAS LABORALES RD-GD-042.
7.3	**TOMA DE CONCIENCIA** La organización debe asegurarse de que las personas que realizan el trabajo bajo el control de la organización tomen conciencia de: a) la política de la calidad; b) los objetivos de la calidad pertinentes; c) su contribución a la eficacia del sistema de gestión de la calidad, incluidos los beneficios de una mejora del desempeño; d) las implicaciones del incumplimiento de los requisitos del sistema de gestión de la calidad.	X			La Oficina de Almacén cuenta con el personal idóneo para el direccionamiento del Almacén Central, se tiene el dominio de la Política de Calidad y los Objetivos de Calidad. El Auxiliar Administrativo de Almacén tiene dominio de los procedimientos establecidos para el Almacén PA-GRF-PR-01 RECEPCIÓN, INGRESO Y CONTROL DE INVENTARIO V4, PA-GRF-PR-02 COMPRAS DIRECTAS DE ALMACÉN V4, PA-GRF-PR-03 MANEJO DE INVENTARIOS V4, PA-GRF-PR-04 SALIDAS Y CONTROL DE INVENTARIO V4, PA-GRF-PR-06 RESGUARDO DE ELEMENTOS V4. Los clientes internos del Almacén (funcionarios) desconocen los procedimientos establecidos de sus respectivas áreas, tiene dominio de campo en cuanto a los protocolos operativos cuando la necesidad misional sea requerida para el cumplimiento de los objetivos de la Entidad.
7.4	**COMUNICACIÓN** La organización debe determinar las comunicaciones internas y externas pertinentes al sistema de gestión de la calidad, que incluyan: a) qué comunicar; b) cuándo comunicar; c) a quién comunicar; d) cómo comunicar; e) quién comunica.			X	Durante la Auditoria al Auxiliar Administrativa de Almacén, se evidencia que se mantiene el manejo de la información parcial de forma verbal y escrita, no se cuenta con trazabilidad de información.
7.5.1	**INFORMACIÓN DOCUMENTADA** **Generalidades**	X			La Entidad establece el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-01 CONTROL DE INFORMACIÓN DOCUMENTADA V4, con los lineamientos pertinentes a la creación, actualización, identificación, revisión, aprobación, control, protección, distribución, almacenamiento, conservación y disposición de la información

	Se ha establecido la información documentada requerida por la norma y necesaria para la implementación y funcionamiento eficaces del SGC.				documentada requerida por la Entidad y el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-03 MANTENIMIENTO Y CONSERVACIÓN DOCUMENTAL V4 con los contenidos adecuados para la conservación de los documentos de las Listas Maestras de Documentación de la Empresa de Servicios Públicos Domiciliarios Red Vital Paipa S.A. E.S.P., con el fin de protegerla de manejos u acceso inadecuado, así como las condiciones de preservación de los documentos.
7.5.2	**Creación y actualización** Existe una metodología documentada adecuada para la revisión y actualización de documentos.	X			La Entidad establece el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-01 CONTROL DE INFORMACIÓN DOCUMENTADA V4, con los lineamientos pertinentes a la creación, actualización, identificación, revisión, aprobación, control, protección, distribución, almacenamiento, conservación y disposición de la información documentada requerida por la Entidad.
7.5.3.1	**Control de la información documentada** La información documentada requerida por el sistema de gestión de la calidad y por esta Norma Internacional se debe controlar para asegurarse de que: a) esté disponible y sea idónea para su uso, donde y cuando se necesite; b) esté protegida adecuadamente (por ejemplo, contra pérdida de la confidencialidad, uso inadecuado o pérdida de integridad).		X		La Entidad cuenta con Tablas de Retención Documental establecidas en la Resolución RVP 170 de 2021 que permite la organización de la documentación direccionada de las áreas administrativas y operacionales; sin embargo, se están manejando series documentales que no encuentran establecidos, no se encuentra actualizado correctamente las TRD desde la Reestructuración realizada el 26 de octubre de 2022. Durante la Auditoría Interna, se realiza muestre aleatorio de carpetas entregadas de Salidas de Almacén, Dotaciones, y Acta de Entrega por el Auxiliar Administrativa de Almacén, evidenciando conformidad en el diligenciamiento.
7.5.3.2	Para el control de la información documentada, la organización debe abordar las siguientes actividades, según corresponda: a) distribución, acceso, recuperación y uso; b) almacenamiento y preservación, incluida la preservación de la legibilidad; c) control de cambios (por ejemplo, control de versión); d) conservación y disposición.	X			La Entidad establece el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-01 CONTROL DE INFORMACIÓN DOCUMENTADA V4, con los lineamientos pertinentes a la creación, actualización, identificación, revisión, aprobación, control, protección, distribución, almacenamiento, conservación y disposición de la información documentada requerida por la Entidad.
8.1	**OPERACIÓN / PLANIFICACIÓN Y CONTROL OPERACIONAL** • Se planifican, implementan y controlan los procesos necesarios para cumplir los requisitos para la provisión de servicios.		X		Para la Planificación de los procesos de la Entidad, tenemos los siguientes procedimientos: PA-GRF-PR-01 RECEPCIÓN, INGRESO Y CONTROL DE INVENTARIO V4 / Actualización PA-GRF-PR-02 COMPRAS DIRECTAS DE ALMACÉN V4 / OK

	• La salida de esta planificación es adecuada para las operaciones de la organización. • Se asegura que los procesos contratados externamente estén controlados. Se revisan las consecuencias de los cambios no previstos, tomando acciones para mitigar cualquier efecto adverso.				PA-GRF-PR-03 MANEJO DE INVENTARIOS V4 / Actualización PA-GRF-PR-04 SALIDAS Y CONTROL DE INVENTARIO V4 / Revisión de actividades PA-GRF-PR-05 BAJA DE ELEMENTOS V4 / Solicitar el Comité de Bajas PA-GRF-PR-06 RESGUARDO DE ELEMENTOS V4 / OK Se deben realizar en colaboración con la Oficina de Sistema Integrado de Gestión ajustes de actividades en el PR-04, actualización de descripciones en los PR 01,03 y la solicitud de funcionamiento del Comité de Bajas para el PR 05
8.2.1	**REQUISITOS PARA LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS** **Comunicación con el cliente** • La comunicación con los clientes incluye información relativa a los productos y servicios. • Se obtiene la retroalimentación de los clientes relativa a los productos y servicios, incluyendo las quejas. Se establecen los requisitos específicos para las acciones de contingencia, cuando sea pertinente.		X		La Entidad contempla los medios físicos y digitales autorizados para las comunicaciones internas y externas; se evidencia que se mantiene el manejo de la información parcial de forma verbal y escrita, los cuales no cuentan con trazabilidad de información.
8.2.2	**Determinación de los requisitos para los productos y servicios** Se determinan los requisitos legales y reglamentarios para los productos y servicios que se ofrecen y aquellos considerados necesarios para la organización.	X			La Entidad cuenta con la Matriz PE-GJ-MT-01 MATRIZ DE REQUISITOS LEGALES V3 que documenta los requisitos legales y reglamentarios para dar cumplimiento a la prestación eficiente, segura y conforme de los servicios públicos de acueducto, alcantarillado y aseo, en el marco del Sistema Integrado de Gestión, se tiene establecido la normatividad para la Gestión de Recursos Físicos.
8.2.3.1	**Revisión de los requisitos para los productos y servicios** • La organización se asegura que tiene la capacidad de cumplir los requisitos de los productos y servicios ofrecidos.	X			El área de Almacén cuenta con el funcionamiento de todos los productos y servicios para suplir las necesidades de los usuarios, como se establecen en los siguientes procedimientos: PA-GRF-PR-01 RECEPCIÓN, INGRESO Y CONTROL DE INVENTARIO V4 PA-GRF-PR-02 COMPRAS DIRECTAS DE ALMACÉN V4 PA-GRF-PR-03 MANEJO DE INVENTARIOS V4 PA-GRF-PR-04 SALIDAS Y CONTROL DE INVENTARIO V4

	• La organización revisa los requisitos del cliente antes de comprometerse a suministrar productos y servicios a este • Se confirma los requisitos del cliente antes de la aceptación por parte de estos, cuando no se ha proporcionado información documentada al respecto. Se asegura que se resuelvan las diferencias existentes entre los requisitos del contrato o pedido y los expresados previamente.				PA-GRF-PR-05 BAJA DE ELEMENTOS V4 PA-GRF-PR-06 RESGUARDO DE ELEMENTOS V4
8.2.3.2	Se conserva la información documentada, sobre cualquier requisito nuevo para los servicios.	X			PA-GRF-PR-01 RECEPCIÓN, INGRESO Y CONTROL DE INVENTARIO V4 PA-GRF-PR-02 COMPRAS DIRECTAS DE ALMACÉN V4 PA-GRF-PR-03 MANEJO DE INVENTARIOS V4 PA-GRF-PR-04 SALIDAS Y CONTROL DE INVENTARIO V4 PA-GRF-PR-05 BAJA DE ELEMENTOS V4 PA-GRF-PR-06 RESGUARDO DE ELEMENTOS V4
8.2.4	**Cambios en los requisitos para los productos y servicios** Las personas son conscientes de los cambios en los requisitos de los productos y servicios, se modifica la información documentada pertinente a estos cambios.	X			El área de Almacén bajo el liderazgo de la Subgerencia General Administrativa puede realizar las respectivas solicitudes de gestión de cambio, necesidades de requerimientos para almacén y generación de nuevos procedimientos como se establece en los procedimientos: PA-GRF-PR-01 RECEPCIÓN, INGRESO Y CONTROL DE INVENTARIO V4 PA-GRF-PR-02 COMPRAS DIRECTAS DE ALMACÉN V4 PA-GRF-PR-03 MANEJO DE INVENTARIOS V4 PA-GRF-PR-04 SALIDAS Y CONTROL DE INVENTARIO V4 PA-GRF-PR-05 BAJA DE ELEMENTOS V4 PA-GRF-PR-06 RESGUARDO DE ELEMENTOS V4
8.4.1	**CONTROL DE LOS PROCESOS, PRODUCTOS Y SERVICIOS SUMINISTRADOS EXTERNAMENTE Generalidades** • La organización asegura que los procesos, productos y servicios suministrados externamente son conforme a los requisitos.	X			La Entidad cuenta con un Manual de Contratación adoptado por la Empresa mediante el Acuerdo 003 de 2008 y sus modificaciones mediante los Acuerdos 009 de 2014 y 003 de 2018 y la Resolución RVP 175 de 2021 y el Procedimiento PA-GC-PR-01 EVALUACIÓN DE PROVEEDORES V4 establecen la metodología para la modalidad contractual y la evaluación del seguimiento de proveedores teniendo en cuenta criterios normativos y técnicos que den a lugar respectivamente.

	• Se determina los controles a aplicar a los procesos, productos y servicios suministrados externamente. Se determina y aplica criterios para la evaluación, selección, seguimiento del desempeño y la reevaluación de los proveedores externos. Se conserva información documentada de estas actividades				
8.4.2	**Tipo de alcance y control** • La organización se asegura que los procesos, productos y servicios suministrados externamente no afectan de manera adversa a la capacidad de la organización de entregar productos y servicios, conformes de manera coherente a sus clientes. • Se definen los controles a aplicar a un proveedor externo y las salidas resultantes. • Considera el impacto potencial de los procesos, productos y servicios suministrados externamente en la capacidad de la organización de cumplir los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables. • Se asegura que los procesos suministrados externamente permanecen dentro del control de su sistema de gestión de la calidad. Se determina la verificación o actividades necesarias para asegurar que los procesos, productos y servicios cumplen con los requisitos.	X			La Entidad cuenta con la plataforma de contratación pública SECOP II, del cual se realizó la migración a este sistema desde el mes de agosto de 2022, para fortalecer la trazabilidad de los contratistas y los tiempos de planificación y ejecución, dentro del SECOP II. El Almacén Central contiene los elementos enlistados en el Plano de Almacén PE-SIG-SGC-OD-01 PLANO DEL ALMACÉN CENTRAL V5 que integran los siguientes procesos: • Acueducto • Alcantarillado • Aseo (Barrido, Corta de Césped y Tala de Arbustos, Servicios Generales) • Mantenimiento • Seguridad y Salud en el Trabajo • Talento Humano / Cafetería Así mismo contiene los elementos de Papelería para garantizar la disponibilidad oportuna de elementos de papelería y oficina necesarios para el desarrollo continuo y eficiente de las actividades administrativas, operativas y técnicas de la Entidad.
8.4.3	**Información para los proveedores externos**	X			La Entidad establece el estudio de las propuestas que contenga los requisitos para sus productos y servicios, la Contratación se realiza mediante los estipulado en el Manual de Contratación adoptado por la Empresa mediante el Acuerdo 003 de 2008

	• La organización comunica a los proveedores externos sus requisitos para los procesos, productos y servicios. • Se comunica la aprobación de productos y servicios, métodos, procesos y equipos, la liberación de productos y servicios. • Se comunica la competencia, incluyendo cualquier calificación requerida de las personas. • Se comunica las interacciones del proveedor externo con la organización. Se comunica el control y seguimiento del desempeño del proveedor externo aplicado por la organización.				y sus modificaciones mediante los Acuerdos 009 de 2014 y 003 de 2018 y la Resolución RVP 175 de 2021. El proveedor seleccionado es contactado por la Entidad; por consiguiente, se selecciona el supervisor del contrato, para llevar a cabo la documentación y el control de proveedor. Durante la Vigencia 2024, el área de Almacén realizo la Entrada de Almacén de elementos, materiales y equipos al Inventario de la Entidad de 26 contratos de Suministros, provenientes de las demás áreas / dependencias de la Entidad. Duranta la vigencia 2024, se realizó la Evaluación de Proveedores desde el 13 de noviembre hasta finalizar el mes. La Subgerencia General Administrativa y sus líderes de procesos, realizaron la calificación de los proveedores respectivos. Para la Vigencia 2025, desde el área de Almacén se tiene la gestión de una Orden Especial No. 129-2025 del día 11 de julio de 2025, por un valor de $ 1.471.138 en el cual se solicitaron suministros de papelería, debido a que no se tiene contrato vigente.
8.5.1	**PRODUCCIÓN Y PROVISIÓN DEL SERVICIO Control de la producción y de la provisión del servicio** • Se implementa la producción y provisión del servicio bajo condiciones controladas. • Dispone de información documentada que defina las características de los productos a producir, servicios a prestar, o las actividades a desempeñar. • Dispone de información documentada que defina los resultados a alcanzar. • Se controla la disponibilidad y el uso de recursos de seguimiento y medición adecuados. • Se controla la implementación de actividades de seguimiento y medición en las etapas apropiadas.	X			El área de Almacén cuenta con las Entradas de Almacén Formato AlmC06.001 documento no controlado por el SGC, para cada uno de los contratos de suministros, en los cuales se establecen: Fecha, Contrato de Suministros, Requisición No, Proveedor, Factura No, Remisión No. El área de Almacén cuenta con las Salidas de Almacén Formato AlmC07.001 documento no controlado por el SGC, el cual se realizan salidas de elementos de consumo, de elementos devolutivos y de elementos administrativos. El área de Almacén cuenta con el Software SYSMAN que se encuentra enlazado vía WEB para el manejo del Kardex, Entradas, Salidas de Elementos, Asignación de Inventarios y generación de Informes de Inventarios que se requieran. El área de Almacén cuenta como Modelo de Operación por Procesos, la Lista Maestra de Documentación de Gestión de Recursos Físicos que se encuentra ubicado en la Unidad de Almacenamiento SIG-REGISTROS y SIG-DOCUMENTOS.

	• Se controla el uso de la infraestructura y el entorno adecuado para la operación de los procesos. • Se controla la designación de personas competentes. Se controla la validación y revalidación periódica de la capacidad para alcanzar los resultados planificados. Se controla la implementación de acciones para prevenir los errores humanos. Se controla la implementación de actividades de liberación, entrega y posteriores a la entrega.				
8.5.2	**Identificación y trazabilidad** • La organización utiliza medios apropiados para identificar las salidas de los productos y servicios. • Identifica el estado de las salidas con respecto a los requisitos. Se conserva información documentada para permitir la trazabilidad.	X			El área de Almacén cuenta con el Plano de Almacén PE-SIG-SGC-OD-01 PLANO DEL ALMACÉN CENTRAL V5, el cual se establece la distribución planificada para facilitar el flujo de entrada, almacenamiento y entrega de materiales, las zonas diferenciadas por áreas que deriva la ubicación física asignada a cada tipo de material, con señalización y códigos en estanterías. El área de Almacén cuenta con el Kardex de los Inventarios en el Formato AlmG03 de cada uno de las áreas / dependencias, el cual se identifica: Código, Elemento, Unidad, Nombre de Elemento, Serie, Placa, Valor, Valor en Libros, Origen, Estado y Observaciones.
8.5.3	**Propiedad perteneciente a los clientes o proveedores externos** • La organización cuida la propiedad de los clientes o proveedores externos mientras está bajo el control de la organización o siendo utilizada por la misma. • Se Identifica, verifica, protege y salvaguarda la propiedad de los clientes o de los proveedores externos suministrada para su utilización o incorporación en los productos y servicios.	X			La Entidad como cliente interno, salvaguarda la información del área de Almacén, a través del Software SYSMAN. En el Procedimiento PA-GCOM-PR-04 ADMINISTRACIÓN DE DISPOSITIVOS DE REDES Y COMUNICACIONES de la Gestión de Sistemas y Comunicaciones, se tiene discriminado las actividades de la realización de las copias de información y la seguridad y restricción de la información. Con la creación de la carpeta, permite comprimir toda la información en un disco duro que queda en custodia del Servidor de Sistemas y Comunicaciones y la seguridad de la información permite la creación de una red interna exclusivo para la Entidad para masificar la protección de los datos (información de la Entidad, datos históricos, y demás contendido intangible), se evidencia que para la Vigencia 2024 se realizó el respectivo cargue a la NAS.

	Se informa al cliente o proveedor externo, cuando su propiedad se pierda, deteriora o de algún otro modo se considere inadecuada para el uso y se conserva la información documentada sobre lo ocurrido.				
8.5.4	**Preservación** La organización preserva las salidas en la producción y prestación del servicio, en la medida necesaria para asegurar la conformidad con los requisitos.			X	Durante la Auditoría Interna, se realiza la indagación del personal que tiene el acceso al Almacén Central, comunica la Auxiliar Administrativa de Almacén que tiene acceso (llaves): el Gerente General y el Subgerente General Administrativo, se evidencia que no se documentado el acceso, no se tiene soportes para corroborar la información suscrita.
8.5.5	**Actividades posteriores a la entrega** • Se cumplen los requisitos para las actividades posteriores a la entrega asociadas con los productos y servicios. • Al determinar el alcance de las actividades posteriores a la entrega la organización considero los requisitos legales y reglamentarios. • Se consideran las consecuencias potenciales no deseadas asociadas a sus productos y servicios. • Se considera la naturaleza, el uso y la vida útil prevista de sus productos y servicios. • Considera los requisitos del cliente. Considera la retroalimentación del cliente.	X			Durante la Auditoría Interna, se realizar la revisión de las carpetas físicas de Almacén perteneciente al formato PA-GRF-AA-FO-03 REGISTRO DE RESGUARDOS, se evidencia el diligenciamiento completo con respeto a los revisado en Almacén Central.
8.5.6	**Control de cambios** • La organización revisa y controla los cambios en la producción o la prestación del servicio para asegurar la conformidad con los requisitos.			X	Se cuenta con el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-04 GESTIÓN DEL CAMBIO V4, el cual establece los lineamientos para planificar los cambios del SIG. La Entidad cuenta con la Matriz PE-SIG-SGC-MT-04 MATRIZ DEL GESTIÓN DE CAMBIO V4. El área de Almacén cuenta con el Modelo de Operación por Procesos para la Gestión de Recursos Físicos de los cambios que sean necesarios.

	• Se conserva información documentada que describa la revisión de los cambios, las personas que autorizan o cualquier acción que surja de la revisión.				
8.6	**LIBERACIÓN DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS** • La organización implementa las disposiciones planificadas para verificar que se cumplen los requisitos de los productos y servicios. • Se conserva la información documentada sobre la liberación de los productos y servicios. • Existe evidencia de la conformidad con los criterios de aceptación. Existe trazabilidad a las personas que autorizan la liberación.		X		El área de Almacén cuenta con las Salidas de Almacén Formato AlmC07.001 documento no controlado por el SGC, los cuales implementan controles planificadas y responsabilidades a los solicitantes. Los elementos que se tienen evidenciados la liberación de productos son: elementos de papelería, salida de Elementos de Protección Personal, salida de elementos de aseo, salidas de elementos por órdenes de compra, salidas para elementos de cafetería, salidas de accesorios que son entregados al Cuarto de Almacenamiento de Acueducto y Alcantarillado. Durante la revisión de los registros de inventario del Área de Almacén, se evidenció que existen elementos asignados a funcionarios que ya no laboran en la Entidad, sin que se cuente con actas de devolución, registros de reincorporación al inventario o documentación que respalde su ubicación y estado actual. Esta situación impide garantizar la trazabilidad de los bienes, su preservación y control, y representa una liberación y salida de productos no conforme.
8.7.1	**CONTROL DE LAS SALIDAS NO CONFORMES** • La organización se asegura que las salidas no conformes con sus requisitos se identifican y se controlan para prevenir su uso o entrega. • La organización toma las acciones adecuadas de acuerdo a la naturaleza de la no conformidad y su efecto sobre la conformidad de los productos y servicios. • Se verifica la conformidad con los requisitos cuando se corrigen las salidas no conformes. La organización trata las salidas no conformes de una o más maneras		X		Durante la Auditoría Interna, se evidencia que el concepto de Salida no Conforme no ha sido adoptado en el área, por lo que se recomiendo capacitación bajo normatividad. Se evidencia la Salida no Conforme con respeto a los inventarios de funcionarios salientes que no fueron entregados por el funcionario receptor.

8.7.2	La organización conserva información documentada que describa la no conformidad, las acciones tomadas, las concesiones obtenidas e identifique la autoridad que decide la acción con respecto a la no conformidad.		X		La Entidad cuenta con el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-06 SALIDAS NO CONFORMES; sin embargo, no se tiene documentado Salidas no Conformes para la respectiva Vigencia, se recomienda Capacitación de Salidas no Conformes.
9.1.1	**EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO SEGUIMIENTO, MEDICIÓN, ANÁLISIS Y EVALUACIÓN Generalidades** • La organización determina que necesita seguimiento y medición. • Determina los métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación para asegurar resultados válidos. • Determina cuando se lleva a cabo el seguimiento y la medición. • Determina cuando analizar y evaluar los resultados del seguimiento y medición. • Evalúa el desempeño y la eficacia del SGC. Conserva información documentada como evidencia de los resultados.			X	La Entidad cuenta con la Matriz PE-GPD-MT-04 MATRIZ DE INDICADORES Y DE DESPLIEGUE V4 el cual establece los siguientes métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación. Para la Vigencia 2025, se encuentra en Actualización los Indicadores de Gestión de Recursos Físicos. La Entidad cuenta con el Procedimiento PA-GTH-PR-05 EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO LABORAL; sin embargo, no se evidencia la Evaluación de Desempeño Laboral de la Auxiliar Administrativa de Almacén del Segundo Semestre de la Vigencia 2024.
9.2.1	**AUDITORIA INTERNA** • La organización lleva a cabo auditorías internas a intervalos planificados. • Las auditorías proporcionan información sobre el SGC conforme con los requisitos propios de la organización y los requisitos de la NTC ISO 9001:2015.	X			Realizado por el Auditor Interno de Sistemas en Sistemas Integrados de Gestión HSEQ (ISO 9001:2015, 14001:2015, 45001:2018) con enfoque en Responsabilidad Social Empresarial e ISO/IEC 17025:2017, bajo la Dirección de la Oficina de Control Interno como Auditor Líder.

	• La organización planifica, establece, implementa y mantiene uno o varios programas de auditoría. • Define los criterios de auditoría y el alcance para cada una. • Selecciona los auditores y lleva a cabo auditorías para asegurar la objetividad y la imparcialidad del proceso. • Asegura que los resultados de las auditorias se informan a la dirección. • Realiza las correcciones y toma las acciones correctivas adecuadas. Conserva información documentada como evidencia de la implementación del programa de auditoría y los resultados.				
9.2.2	La organización debe planificar, establecer, implementar y mantener uno o varios programas de auditoría que incluyan la frecuencia, los métodos, las responsabilidades, los requisitos de planificación y la elaboración de informes, que deben tener en consideración la importancia de los procesos involucrados, los cambios que afecten a la organización y los resultados de las auditorías previas.				Realizado por el Auditor Interno de Sistemas en Sistemas Integrados de Gestión HSEQ (ISO 9001:2015, 14001:2015, 45001:2018) con enfoque en Responsabilidad Social Empresarial e ISO/IEC 17025:2017, bajo la Dirección de la Oficina de Control Interno como Auditor Líder.
9.3.1	**REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN Generalidades** La alta dirección revisa el SGC a intervalos planificados, para asegurar su conveniencia, adecuación, eficacia y alineación continua con la estrategia de la organización.		X		La Entidad cuenta con el Informe de Revisión por la Alta Dirección Vigencia 2024 requeridos por normatividad y Entes de Control; sin embargo, no se tiene documentados acciones de mejora con respeto al Proceso de Gestión de Recursos Físicos.
9.3.2	**Entradas de la revisión por la dirección**		X		**ENTRADAS DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN** • Resultados de Auditorías Internas / Verificados

	• La alta dirección planifica y lleva a cabo la revisión incluyendo consideraciones sobre el estado de las acciones de las revisiones previas. • Considera los cambios en las cuestiones externas e internas que sean pertinentes al SGC. • Considera la información sobre el desempeño y la eficiencia del SGC. • Considera los resultados de las auditorías. • Considera el desempeño de los proveedores externos. • Considera la adecuación de los recursos. • Considera la eficiencia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y las oportunidades. Se considera las oportunidades de mejora.				• Política de Calidad / Verificado • Matriz DOFA / Verificado • Matriz STAKEHOLDERS / Verificado • Gestión de Indicadores de Gestión / No Verificados • No Conformidades / Verificadas • Evaluación de Proveedores / Verificados • Adecuación de Recursos del SGC / Verificados • Gestión de Riesgos y Oportunidades / Verificados La Entidad cuenta con el Informe de Revisión por la Alta Dirección Vigencia 2024 requeridos por normatividad y Entes de Control; sin embargo, no se tiene documentados acciones de mejora con respeto al Proceso de Gestión de Recursos Físicos.
9.3.3	**Salidas de la revisión por la dirección** • Las salidas de la revisión incluyen decisiones y acciones relacionadas con oportunidades de mejora. • Incluyen cualquier necesidad de cambio en el SGC. • Incluye las necesidades de recursos. Se conserva información documentada como evidencia de los resultados de las revisiones.	X			**NECESIDADES DE CAMBIOS DEL MIPG / SGC** • Cambios que puedan afectar el Sistema de Gestión de Calidad; tal como se estableció en el punto 1.2 del presente informe de Revisión por la dirección, se establecen como cambios prioritarios para la vigencia 2025: • Recertificación del Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001:2015, con el objetivo de ordenar y gestionar la mejora Continua de la entidad, buscando asegurar el cumplimiento de los Requerimientos Legales y generar cumplimiento a las responsabilidades de los funcionarios de la Entidad. • Adecuación, mejora de la infraestructura de la sede de la empresa de servicios públicos RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P.

					• Implementación del Proceso de Gestión de Mantenimiento que incluya el Plan de Mantenimiento de las Instalaciones, Equipo Automotor, Equipos Auxiliares. • Actualización de las Tablas de Retención Documental, debido a la Reestructuración realizada a partir del 26 de octubre de 2022 • Adecuación de la mejora del Laboratorio de RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P.
10.1	**MEJORA Generalidades** La organización ha determinado y seleccionado las oportunidades de mejora e implementado las acciones necesarias para cumplir con los requisitos del cliente y mejorar su satisfacción.	X			La Entidad cuenta con el Plan de Mejoramiento 2024 SGA con fecha de suscripción del 01 de noviembre de 2024, se identifica para la Gestión de Recursos Físicos 8 No Conformidades, con las acciones a implementar respectivas, soporte de evidencias, metas de cumplimiento, con fecha de inicio – final, responsable y estado de la No Conformidad.
10.2.1	**NO CONFORMIDAD Y ACCIÓN CORRECTIVA** • La organización reacciona ante la no conformidad, toma acciones para controlarla y corregirla. • Evalúa la necesidad de acciones para eliminar las causas de la no conformidad. • Implementa cualquier acción necesaria, ante una no conformidad. • Revisa la eficacia de cualquier acción correctiva tomada. • Actualiza los riesgos y oportunidades de ser necesario. • Hace cambios al SGC si fuera necesario. Las acciones correctivas son apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas.			X	Durante la Auditoría Interna, se realiza la revisión de las No Conformidades del área de Almacén: 1. El Área de Almacén cuenta con el Almacén Central ubicado en el primero piso de la Sede Administrativa; sin embargo, se evidencia que no se tiene sifones y no cuenta ventilación adecuada para el cuarto del almacén, incumpliendo con el Numeral 7.3 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015. **La No Conformidad sigue abierta** 2. El Área de Almacén no cuenta con la implementación del Plan de Mantenimiento de Infraestructura, debido a que no se tiene establecido el respectivo plan para la Entidad, incumpliendo con el Numeral 7.3 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015. **La No Conformidad sigue abierta** 3. El Área de Almacén cuenta con elementos de otras áreas/sitios de la Entidad, elementos de reposición y elementos para chatarra, los cuales están generando limitadas condiciones de almacenamiento para el resguardo, incumpliendo con el Numeral 7.3 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.

					• Revisión de todos los elementos que se encuentran en almacén, que no pertenecen a esta área y bajo la autorización de los administrativos de la empresa indicar que manejo se le debe dar a estos elementos y donde se deben disponer para que en el almacén reposen únicamente los elementos de manejo que deben estar en esta bodega. • Revisión de inventarios a los encargados de las áreas respectivas los elementos que pertenecen a ellos bajo su responsabilidad para que así no se presente más desorden en la bodega y así lograr adquirir mayor espacio para los elementos que van ingresando en nuevos pedidos que va realizando la empresa para su respectivo bodegaje y custodia en esta área. • Selección del personal de la empresa que en el momento está autorizado por tener llaves del Almacén Central (responsables solidarios) debido al manejo que se está dando por los elementos de otras áreas guardados en esta, ya que se presentan inconvenientes con pérdidas de elementos y mercancía que reposan en el almacén. • **La No Conformidad está cerrada** 4. El Área de Almacén no cuenta con el documento legal donde se incluya la Sede Administrativa en el Inventario de la Entidad, incumpliendo con el Numeral 7.3 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015. • Por parte del área administrativa gestionar ante los entes encargados los documentos legales que acrediten la sede administrativa como un activo propiedad de la empresa. Se tiene Escritura 2025 de la Sede Administrativa. • **La No Conformidad está cerrada** 5. El Área de Almacén cuenta con el documento PE-SIG-SGC-OD-04 Plano del Almacén Central el cual está señalado la localización de cada uno de los estantes, en la revisión del Almacén Central se evidencia que se tiene marcado todas las estanterías; sin embargo, no se tiene diligenciado en el formato

					respectivo los insumos, elementos y herramientas, incumpliendo con el Numeral 7.5.3 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015. Realizar la marcación de los estantes del Almacén Central, teniendo en cuenta el Plano. Se tiene evidenciado PE-SIG-SGC-OD-01 PLANO DEL ALMACÉN CENTRAL V5. • **La No Conformidad está cerrada** 6. El Área de Almacén cuenta con el Procedimiento PA-GRF-PR-02 COMPRAS DIRECTAS DE ALMACÉN, en el procedimiento establece el formato PA-GRF-AI-FO-01 ORDEN DE PEDIDO para las solicitudes de elementos o insumos, al realizar la verificación de los soportes de las ordenes de pedido se evidencia que no se manejan las copias respectivas como se establece en el Numeral 1, no habiendo trazabilidad de las solicitudes una vez entregados, incumpliendo con el Numeral 8.1 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015. • Verificación las carpetas que produce el área de recursos físicos (almacén) y evidenciar cuales no están diligenciadas correctamente para completar la información faltante en estas y verificación de las copias respectivas. • **La No Conformidad está cerrada**
10.2.2	Se conserva información documentada como evidencia de la naturaleza de las no conformidades, cualquier acción tomada y los resultados de la acción correctiva.	X			La Entidad cuenta con el Plan de Mejoramiento 2024 SGA con fecha de suscripción del 01 de noviembre de 2024, se identifica para la Gestión de Recursos Físicos 8 No Conformidades, con las acciones a implementar respectivas, soporte de evidencias, metas de cumplimiento, con fecha de inicio – final, responsable y estado de la No Conformidad.
10.3	**MEJORA CONTINUA** • La organización mejora continuamente la conveniencia, adecuación y eficacia del SGC.	X			**NECESIDADES DE CAMBIOS DEL MIPG / SGC**

	Considera los resultados del análisis y evaluación, las salidas de la revisión por la dirección, para determinar si hay necesidades u oportunidades de mejora.				• Cambios que puedan afectar el Sistema de Gestión de Calidad; tal como se estableció en el presente informe de Revisión por la dirección, se establecen como cambios prioritarios para la vigencia 2025: • Recertificación del Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001:2015, con el objetivo de ordenar y gestionar la mejora Continua de la entidad, buscando asegurar el cumplimiento de los Requerimientos Legales y generar cumplimiento a las responsabilidades de los funcionarios de la Entidad. • Adecuación, mejora de la infraestructura de la sede de la empresa de servicios públicos RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P. • Implementación del Proceso de Gestión de Mantenimiento que incluya el Plan de Mantenimiento de las Instalaciones, Equipo Automotor, Equipos Auxiliares. • Actualización de las Tablas de Retención Documental, debido a la Reestructuración realizada a partir del 26 de octubre de 2022 • Adecuación de la mejora del Laboratorio de RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P.

CONFORMIDADES

La Entidad cuenta con la Matriz DOFA ESTRATÉGICA INSTITUCIONAL PE-GPD-MT-02 V4 que establece las cuestiones externas e internas específicamente para el área de Archivo como se establece en el F2: Infraestructura propia para la ejecución de los procesos administrativos (GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS), cumpliendo con el Numeral 4.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con la MATRIZ DE GRUPOS DE INTERÉS (STAKEHOLDERS) PE-GPD-MT-03 V4 que establece las partes interesadas internas y externas con sus respectivos lineamientos de necesidades y requisitos legales., cumpliendo con el Numeral 4.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con el ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD PE-SIG-SGC-FO-04 V4, cumpliendo con el Numeral 4.3 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con la CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS PE-GPD-CA-01 V3, en el cual establece los procesos necesarios que impactan el SGC, se tiene el Proceso de Gestión Documental, el cual está vinculado al área de Almacén, donde se tiene definido los proveedores, entradas y salidas en el Ciclo PHVA, cumpliendo con el Numeral 4.4 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con la CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS PE-GPD-CA-01 V3, que se encuentra enlazado por el MAPA DE PROCESOS PE-SIG-SGC-FO-04 V11, cumpliendo con el Numeral 4.4.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Alta Dirección de la Entidad establece compromiso con el SGC, como lo establece en el Plan PE-GPD-PL-01 PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL, describe el cumplimiento a las premisas establecidas en el Sistema de Calidad de la Entidad, Gestión eficaz del Riesgo, la prevención de los riesgos asociados a la Seguridad y Salud en el Trabajo, para prevenir accidentes laborales y enfermedades laborales, promoviendo el mejoramiento continuo de los procesos para contar con los más altos estándares de calidad garantizando la satisfacción del cliente, cumpliendo con el Numeral 5.1.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad establece la Matriz PV-CI-MC-MT-01 MATRIZ GESTIÓN DE RIESGO Y OPORTUNIDADES V4, donde se determinan los riesgos y oportunidades que puedan afectar a la conformidad de los productos y servicios de los procesos con sus acciones de mitigación, evaluación de controles y evidencia de cumplimiento y las oportunidades integrales, cumpliendo con el Numeral 5.1.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con la POLÍTICA SGC PE-SIG-SGC-PO-01 V3, que busca satisfacer las necesidades y expectativas de sus grupos de interés, en los procesos de ACUEDUCTO. ALCANTARILLADO Y ASEO, alineado con el cumplimiento normativo de la competencia técnica de nuestro LABORATORIO DE AGUA POTABLE, asegurando la precisión, imparcialidad y confiabilidad de nuestros resultados en los procesos de tratamiento, garantizando la calidad y seguridad en el consumo de agua potable a nuestros usuarios, generando un servicio público integral de calidad, a través de la gestión eficaz de los riesgos y oportunidades, dando cumplimiento a los requisitos legales y a la Planeación Estratégica; contando con un talento humano competente y comprometido, para así mantener la eficacia y la mejora continua del Sistema de Gestión, cumpliendo con el Numeral 5.2.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con una página web institucional, en el cual se tiene publicado la Política SGC en la página web https://redvitalpaipasaesp.com/informacion-de-entidad/politica-de-calidad-del-sistema-de-la-gestion-de-la-calidad-iso-90012015-red-vital-paipa-s-a-e-s-p/, también se tiene documentado en el Plan PE-GPD-PL-01 PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL, cumpliendo con el Numeral 5.2.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con una estructura organizacional definida para el SGC, como se establece en la Matriz PE-SIG-SGC-MT-03 MATRIZ DE ROLES, RESPONSABILIDADES Y AUTORIDADES V3, cada proceso de la Entidad contiene el responsable con la autoridad para sustentar la información requerida por la Alta Dirección, cumpliendo con el Numeral 5.3 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad establece la Matriz PV-CI-MC-MT-01 MATRIZ GESTIÓN DE RIESGO Y OPORTUNIDADES V4, donde se determinan los riesgos y oportunidades que puedan afectar a la conformidad de los productos y servicios de los procesos con sus acciones de mitigación, evaluación de controles y evidencia de cumplimiento y las oportunidades integrales, cumpliendo con los Numerales 6.1.1 y 6.1.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con los OBJETIVOS DE CALIDAD PE-SIG-SGC-OD-01 V3, que se encuentran contemplados en la Matriz PE-GPD-MT-04 MATRIZ DE INDICADORES Y DESPLIEGUES PE-GPD-MT-04 V4 que se encuentra

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

en Actualización, el cual establece los recursos, los responsables y sus respectivos métodos de medición y desempeño, cumpliendo con los Numerales 6.2.1 y 6.2.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad Se cuenta con el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-04 GESTIÓN DEL CAMBIO V4, el cual establece los lineamientos para planificar los cambios del SIG. La Entidad cuenta con la Matriz PE-SIG-SGC-MT-04 MATRIZ DEL GESTIÓN DE CAMBIO V4., cumpliendo con el Numeral 6.3 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad está contenida con una planta de persona 100 funcionarios; 21 administrativos, 17 funcionarios de Acueducto, 14 funcionarios de Alcantarillado, y 43 funcionarios de Aseo para implementación, mantenimiento y mejora continua del SGC, cumpliendo con el Numeral 7.1.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

El área de Archivo está liderada por el Subgerente General Administrativo y el Auxiliar Administrativo de Facturación, como se establecen en el MANUAL DE FUNCIONES Y COMPETENCIAS LABORALES RD-GD-042, cumpliendo con el Numeral 7.1.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con el Plan PA-GTH-DC-PL-02 PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN V10 y el Plan PA-GTH-DC-PL-05 PLAN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN V3 para definir de manera planificada las estrategias en materia de gestión del conocimiento en la Entidad, cumpliendo con el Numeral 7.1.6 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

El Área de Almacén cuenta con el Auxiliar Administrativo de Almacén con el Contrato de Trabajo a Término Fijo 011-2017 de 12 de julio de 2017 con su Otro SI del 02 de noviembre de 2021, 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 ISO 9001:2015.

El Auxiliar Administrativo de Almacén tiene dominio de los procedimientos establecidos para el Almacén PA-GRF-PR-01 RECEPCIÓN, INGRESO Y CONTROL DE INVENTARIO V4, PA-GRF-PR-02 COMPRAS DIRECTAS DE ALMACÉN V4, PA-GRF-PR-03 MANEJO DE INVENTARIOS V4, PA-GRF-PR-04 SALIDAS Y CONTROL DE INVENTARIO V4, PA-GRF-PR-06 RESGUARDO DE ELEMENTOS V4., cumpliendo con el Numeral 7.3 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad establece el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-01 CONTROL DE INFORMACIÓN DOCUMENTADA V4, con los lineamientos pertinentes a la creación, actualización, identificación, revisión, aprobación, control, protección, distribución, almacenamiento, conservación y disposición de la información documentada requerida por la Entidad y el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-03 MANTENIMIENTO Y CONSERVACIÓN DOCUMENTAL V4 con los contenidos adecuados para la conservación de los documentos de las Listas Maestras de Documentación de la Empresa de Servicios Públicos Domiciliarios Red Vital Paipa S.A. E.S.P., con el fin de protegerla de manejos u , cumpliendo con el Numeral 7.5.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad establece el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-01 CONTROL DE INFORMACIÓN DOCUMENTADA V4, con los lineamientos pertinentes a la creación, actualización, identificación, revisión, aprobación, control, protección, distribución, almacenamiento, conservación y disposición de la información documentada requerida por la Entidad., cumpliendo con el Numeral 7.5.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad establece el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-01 CONTROL DE INFORMACIÓN DOCUMENTADA V4, con los lineamientos pertinentes a la creación, actualización, identificación, revisión, aprobación, control, protección, distribución, almacenamiento, conservación y disposición de la información documentada requerida por la Entidad., cumpliendo con el Numeral 7.5.3.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con la Matriz PE-GJ-MT-01 MATRIZ DE REQUISITOS LEGALES V3 que documenta los requisitos legales y reglamentarios para dar cumplimiento a la prestación eficiente, segura y conforme de los servicios públicos de acueducto, alcantarillado y aseo, en el marco del Sistema Integrado de Gestión, se tiene establecido la normatividad para la Gestión de Recursos Físicos., cumpliendo con el Numeral 8.2.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

El área de Almacén cuenta con los procedimientos para los requerimientos y necesidades de los clientes internos de la Entidad, cumpliendo con los Numerales 8.2.3.1 y 8.2.3.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015. El área de Almacén bajo el liderazgo de la Subgerencia General Administrativa puede realizar las respectivas solicitudes de gestión de cambio, necesidades de requerimientos para almacén y generación de nuevos procedimientos, cumpliendo con los Numerales 8.2.4 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con un Manual de Contratación adoptado por la Empresa mediante el Acuerdo 003 de 2008 y sus modificaciones mediante los Acuerdos 009 de 2014 y 003 de 2018 y la Resolución RVP 175 de 2021 y el

Procedimiento PA-GC-PR-01 EVALUACIÓN DE PROVEEDORES V4 establecen la metodología para la modalidad contractual y la evaluación del seguimiento de proveedores teniendo en cuenta criterios normativos y técnicos que den a lugar respectivamente, cumpliendo con los Numerales 8.4.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con la plataforma de contratación pública SECOP II, del cual se realizó la migración a este sistema desde el mes de agosto de 2022, para fortalecer la trazabilidad de los contratistas y los tiempos de planificación y ejecución, dentro del SECOP II, cumpliendo con los Numerales 8.4.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad establece el estudio de las propuestas que contenga los requisitos para sus productos y servicios, la Contratación se realiza mediante los estipulado en el Manual de Contratación adoptado por la Empresa mediante el Acuerdo 003 de 2008 y sus modificaciones mediante los Acuerdos 009 de 2014 y 003 de 2018 y la Resolución RVP 175 de 2021. El proveedor seleccionado es contactado por la Entidad; por consiguiente, se selecciona el supervisor del contrato, para llevar a cabo la documentación y el control de proveedor, cumpliendo con los Numerales 8.4.3 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

El área de Almacén cuenta con los formatos no controlados de Entradas de Almacén Formato AlmC06.001, Salidas de Almacén Formato AlmC07.001, la Lista Maestra de Documentación de Gestión de Recursos Físicos y el Software SYSMAN enlazado vía Web para el manejo del Kardex, cumpliendo con los Numerales 8.5.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

El área de Almacén cuenta con el Plano de Almacén PE-SIG-SGC-OD-01 PLANO DEL ALMACÉN CENTRAL V5, el cual se establece la distribución planificada para facilitar el flujo de entrada, almacenamiento y entrega de materiales, las zonas diferenciadas por áreas que deriva la ubicación física asignada a cada tipo de material, con señalización y códigos en estanterías. con el Kardex de los Inventarios en el Formato AlmG03 de cada uno de las áreas / dependencias, el cual se identifica: Código, Elemento, Unidad, Nombre de Elemento, Serie, Placa, Valor, Valor en Libros, Origen, Estado y Observaciones, cumpliendo con los Numerales 8.5.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad como cliente interno, salvaguarda la información del área de Almacén, a través del Software SYSMAN. En el Procedimiento PA-GCOM-PR-04 ADMINISTRACIÓN DE DISPOSITIVOS DE REDES Y COMUNICACIONES de la Gestión de Sistemas y Comunicaciones, se tiene discriminado las actividades de la realización de las copias de información y la seguridad y restricción de la información. Con la creación de la carpeta, permite comprimir toda la información en un disco duro que queda en custodia del Servidor de Sistemas y Comunicaciones y la seguridad de la información permite la creación de una red interna exclusivo para la Entidad para masificar la protección de los datos (información de la Entidad, datos históricos, y demás contendido intangible), se evidencia que para la Vigencia 2024 se realizó el respectivo cargue a la NAS., cumpliendo con los Numerales 8.5.3 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

El área de Almacén cuenta el formato PA-GRF-AA-FO-03 REGISTRO DE RESGUARDOS, se evidencia el diligenciamiento completo con respeto a los revisado en Almacén Central, cumpliendo con los Numerales 8.5.5 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-04 GESTIÓN DEL CAMBIO V4, el cual establece los lineamientos para planificar los cambios del SIG. La Entidad cuenta con la Matriz PE-SIG-SGC-MT-04 MATRIZ DEL GESTIÓN DE CAMBIO V4. El área de Almacén cuenta con el Modelo de Operación por Procesos para la Gestión de Recursos Físicos de los cambios que sean necesarios, cumpliendo con los Numerales 8.5.6 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

El área de Almacén cuenta con las Salidas de Almacén Formato AlmC07.001 documento no controlado por el SGC, los cuales implementan controles planificadas y responsabilidades a los solicitantes. Los elementos que se tienen evidenciados la liberación de productos son: elementos de papelería, salida de Elementos de Protección Personal, salida de elementos de aseo, salidas de elementos por órdenes de compra, salidas para elementos de cafetería, salidas de accesorios que son entregados al Cuarto de Almacenamiento de Acueducto y Alcantarillado; sin embargo, se evidenció que existen elementos asignados a funcionarios que ya no laboran en la Entidad, sin que se cuente con actas de devolución, registros de reincorporación al inventario o documentación que respalde su ubicación y estado actual. Esta situación impide garantizar la trazabilidad de los bienes, su preservación y control, y representa una liberación y salida de productos no conforme, cumpliendo con los Numerales 8.6 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con el Informe de Revisión por la Alta Dirección Vigencia 2024 requeridos por normatividad y Entes de Control, cuenta con las Necesidades de Cambio del MIPG / SIG, cumpliendo con los Numerales 9.3.3 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con el Plan de Mejoramiento 2024 SGA con fecha de suscripción del 01 de noviembre de 2024, se identifica para la Gestión de Recursos Físicos 8 No Conformidades, con las acciones a implementar respectivas, soporte de evidencias, metas de cumplimiento, con fecha de inicio – final, responsable y estado de la No Conformidad., cumpliendo con los Numerales 10.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad establece el Plan de Trabajo No Conformidades Menores PCAC controlado externamente para la implementación de las acciones correctivas ante las No Conformidades menores evidenciadas por la Entidad ICONTEC., cumpliendo con los Numerales 10.2.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con el Informe de Revisión por la Alta Dirección Vigencia 2024 requeridos por normatividad y Entes de Control, se tiene proyección de acciones de mejoramiento para la Vigencia 2025 para su ejecución, cumpliendo con los Numerales 10.3 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

OBSERVACIONES

La Entidad cuenta con Tablas de Retención Documental establecidas en la Resolución RVP 170 de 2021 que permite la organización de la documentación direccionada de las áreas administrativas y operacionales; sin embargo, ; sin embargo, se evidencia que en el área de Almacén se están manejando series documentales que no encuentran establecidos, no se encuentra actualizado correctamente las TRD desde la Reestructuración realizada el 26 de octubre de 2022. (Numeral 7.5.3.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

El área de Almacén cuenta con seis (6) procedimientos; sin embargo, se evidencia que se deben realizar en colaboración con la Oficina de Sistema Integrado de Gestión los ajustes de actividades en el PR-04, actualización de descripciones en los PR 01,03 y la solicitud de funcionamiento del Comité de Bajas para el PR 05. (Numeral 8.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad contempla los medios físicos y digitales autorizados para las comunicaciones internas y externas; se evidencia que se mantiene el manejo de la información parcial de forma verbal y escrita, los cuales no cuentan con trazabilidad de información.; sin embargo, se evidenció que mantiene el manejo de la información parcial de forma verbal y escrita, los cuales no cuentan con trazabilidad de información. (Numeral 8.2.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

El área de Almacén cuenta con las Salidas de Almacén Formato AlmC07.001 documento no controlado por el SGC, los cuales implementan controles planificadas y responsabilidades a los solicitantes. Los elementos que se tienen evidenciados la liberación de productos son: elementos de papelería, salida de Elementos de Protección Personal, salida de elementos de aseo, salidas de elementos por órdenes de compra, salidas para elementos de cafetería, salidas de accesorios que son entregados al Cuarto de Almacenamiento de Acueducto y Alcantarillado; sin embargo, existen elementos asignados a funcionarios que ya no laboran en la Entidad, sin que se cuente con actas de devolución, registros de reincorporación al inventario o documentación que respalde su ubicación y estado actual. Esta situación impide garantizar la trazabilidad de los bienes, su preservación y control, y representa una liberación y salida de productos no conformes. (Numeral 8.7.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-06 SALIDAS NO CONFORMES; sin embargo, no se tiene documentado Salidas no Conformes para la respectiva Vigencia, se recomienda Capacitación de Salidas no Conformes (Numeral 8.7.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con el Informe de Revisión por la Alta Dirección Vigencia 2024 requeridos por normatividad y Entes de Control; sin embargo, no se tiene documentados acciones de mejora con respeto al Proceso de Gestión de Recursos Físicos. (Numeral 9.3.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con el Informe de Revisión por la Alta Dirección Vigencia 2024 requeridos por normatividad y Entes de Control; sin embargo, no se tiene documentados acciones de mejora con respeto al Proceso de Gestión de Recursos Físicos. (Numeral 9.3.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

NO CONFORMIDADES

El Almacén no cuenta con sifones en el Almacén, ventilación parcial para el Cuarto de Almacén y el Plan de Mantenimiento de Infraestructura para Almacén, incumpliendo con el Numeral 7.1.3 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

El Almacén no cuenta no se cuenta con trazabilidad de información, se evidencia que se mantiene el manejo de la información parcial de forma verbal y escrita, incumpliendo con el Numeral 7.4 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

El Almacén no cuenta las Actas de Entrega de las llaves para el Acceso al Almacén Central, de los funcionarios autorizados (Gerente General, Subgerente General Administrativo), incumpliendo con el Numeral 8.5.4 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con el Procedimiento PA-GTH-PR-05 EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO LABORAL; sin embargo, no se evidencia la Evaluación de Desempeño Laboral de la Auxiliar Administrativa de Almacén del Segundo Semestre de la Vigencia 2024., incumpliendo con el Numeral 9.1.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con el PV-CI-MC-FO-05 PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL, en el cual se establecen las No Conformidades de los Procesos de la Subgerencia General Administrativa; se evidencia que se no se han cerrado todas las No Conformidades respectivas del área de Almacén, incumpliendo con el Numeral 10.2.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.



ANDREW MASAMI ASAKURA GARCIA

Profesional del Sistema Integrado de Gestión
C.C. 1.053.605.825
Auditor Interno HSEQ
(ISO 9001:2051, ISO 14001:2015, ISO 45001:2015)
Enfoque en RSE
Auditor Interno ISO/IEC 17025:2017

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	Segundo Semestre 2024 - Primer Semestre 2025
FECHA DE LA AUDITORÍA	09 y 10 DE JULIO DE 2025
FECHA DE INFORME	01 DE SEPTIEMBRE DE 2025
NIVEL DE PROCESO	Dependencias
APOYO (Subgerencia General Administrativa)	Gestión Documental
PROCESO / ÁREA AUDITADO	Archivo
PERSONAL AUDITADO	Auxiliar Administrativa Archivo
OBJETIVOS	
ALCANCE	Criterios seleccionados de a la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015. Solicitud de la información documentada pertinentes a los criterios seleccionados, los requisitos reglamentarios, contractuales y legales aplicables.
CRITERIOS DE AUDITORÍA	Lista Maestra de Documentación
EQUIPO AUDITOR	Andrew Masami Asakura Garcia

CONTEXTO

Teniendo en cuenta la Circular 026 de 2025 del 10 de junio 2024, emitido por la Oficina de Control Interno, se realiza la Auditoría Interna ISO 9001:2015 y demás normas aplicables al sector de servicios públicos domiciliarios, se ejecuta la Auditoría Interna de Segunda Parte por parte de la Dependencia de Sistema Integrado de Gestión, para dar cumplimiento al Plan Anual de Auditorías Internas como se establece en la Resolución RVP 075 de 2025. La Auditoría Interna esta soportada en base a 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 9, 14, 16 y 19.

9. **Realizar los análisis del cumplimiento de las políticas a cargo de la entidad y proponer mejoras para su adecuada implementación y mejora en la gestión y el desempeño de las entidades públicas.**
14. **Realización de la auditoría interna del sistema integrado de gestión QHSE.**
16. **Revisar y auditar los requisitos para establecer brechas e implementar y surtir en el proceso de certificación 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.**

LISTA DE CHEQUEO ISO 9001:2015					
Numeral	**Requisito**	**Cumplimiento**			**Observaciones**
		C	**OBS**	**NC**	
4.1	**CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN** **COMPRENSIÓN DE LA ORGANIZACIÓN Y DE SU CONTEXTO** • La organización determina las cuestiones externas e internas que son pertinentes para el propósito y dirección estratégica. • Se realiza el seguimiento y la revisión de la información sobre estas cuestiones externas e internas. • Se ha determinado las partes interesadas y los requisitos de estas partes interesadas para el sistema de gestión de Calidad. Se realiza el seguimiento y la revisión de la información sobre estas partes interesadas y sus requisitos.	X			La Entidad cuenta con la Matriz DOFA ESTRATÉGICA INSTITUCIONAL PE-GPD-MT-02 V4 que establece las cuestiones externas e internas específicamente para el área de Archivo como se establece en el D3: Desactualización de las Tablas de Retención Documental (GESTIÓN DOCUMENTAL).
4.2	**COMPRENSIÓN DE LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LAS PARTES INTERESADAS** • Se ha determinado las partes interesadas y los requisitos de estas partes interesadas para el sistema de gestión de Calidad. Se realiza el seguimiento y la revisión de la información sobre estas partes interesadas y sus requisitos.	X			La Entidad cuenta con la MATRIZ DE GRUPOS DE INTERÉS (STAKEHOLDERS) PE-GPD-MT-03 V4 que establece las partes interesadas internas y externas con sus respectivos lineamientos de necesidades y requisitos legales.
4.3	**DETERMINACIÓN DEL ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD** • El alcance del SGC, se ha determinado según:	X			La Entidad cuenta con el ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD PE-SIG-SGC-FO-04 V4.

	• Procesos operativos, productos y servicios, instalaciones físicas, ubicación geográfica • ¿El alcance del SGC se ha determinado teniendo en cuenta los problemas externos e internos, las partes interesadas y sus productos y servicios? • Se tiene disponible y documentado el alcance del Sistema de Gestión. Se tiene justificado y/o documentado los requisitos (exclusiones) que no son aplicables para el Sistema de Gestión?				
4.4.1	**SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y SUS PROCESOS** • Se tienen identificados los procesos necesarios para el sistema de gestión de la organización Se tienen establecidos los criterios para la gestión de los procesos teniendo en cuenta las responsabilidades, procedimientos, medidas de control e indicadores de desempeño necesarios que permitan la efectiva operación y control de los mismos.	X			La Entidad cuenta con la CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS PE-GPD-CA-01 V3, en el cual establece los procesos necesarios que impactan el SGC, se tiene el Proceso de Gestión Documental, el cual está vinculado al área de Almacén, donde se tiene definido los proveedores, entradas y salidas en el Ciclo PHVA.
4.4.2	Se mantiene y conserva información documentada que permita apoyar la operación de estos procesos.	X			La Entidad cuenta con la CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS PE-GPD-CA-01 V3, que se encuentra enlazado por el MAPA DE PROCESOS PE-SIG-SGC-FO-04 V11.
5.1.1	**LIDERAZGO / LIDERAZGO Y COMPROMISO** **Generalidades** Se demuestra responsabilidad por parte de la alta dirección para la eficacia del SGC.	X			La Alta Dirección de la Entidad establece compromiso con el SGC, como lo establece en el Plan PE-GPD-PL-01 PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL V13, describe el cumplimiento a las premisas establecidas en el Sistema de Calidad de la Entidad, Gestión eficaz del Riesgo, la prevención de los riesgos asociados a la Seguridad y Salud en el Trabajo, para prevenir accidentes laborales y enfermedades laborales, promoviendo el mejoramiento continuo de los procesos para contar con los más altos estándares de calidad garantizando la satisfacción del cliente..

5.1.2	**ENFOQUE AL CLIENTE** La gerencia garantiza que los requisitos de los clientes de determinan y se cumplen. Se determinan y consideran los riesgos y oportunidades que puedan afectar a la conformidad de los productos y servicios y a la capacidad de aumentar la satisfacción del cliente	X			La Entidad establece la Matriz PV-CI-MC-MT-01 MATRIZ GESTIÓN DE RIESGO Y OPORTUNIDADES V4, donde se determinan los riesgos y oportunidades que puedan afectar a la conformidad de los productos y servicios de los procesos con sus acciones de mitigación, evaluación de controles y evidencia de cumplimiento y las oportunidades integrales.
5.2.1	**POLÍTICA Establecimiento de la política de la calidad** La política de calidad con la que cuenta actualmente la organización está acorde con los propósitos establecidos.	X			La Entidad cuenta con la POLÍTICA SGC PE-SIG-SGC-PO-01 V3, que busca satisfacer las necesidades y expectativas de sus grupos de interés, en los procesos de ACUEDUCTO. ALCANTARILLADO Y ASEO, alineado con el cumplimiento normativo de la competencia técnica de nuestro LABORATORIO DE AGUA POTABLE, asegurando la precisión, imparcialidad y confiabilidad de nuestros resultados en los procesos de tratamiento, garantizando la calidad y seguridad en el consumo de agua potable a nuestros usuarios, generando un servicio público integral de calidad, a través de la gestión eficaz de los riesgos y oportunidades, dando cumplimiento a los requisitos legales y a la Planeación Estratégica; contando con un talento humano competente y comprometido, para así mantener la eficacia y la mejora continua del Sistema de Gestión.
5.2.2	**Comunicación de la política de la calidad** Se tiene disponible a las partes interesadas, se ha comunicado dentro de la organización.	X			La Entidad cuenta con una página web institucional, en el cual se tiene publicado la Política SGC en la página web https://redvitalpaipasaesp.com/informacion-de-entidad/politica-de-calidad-del-sistema-de-la-gestion-de-la-calidad-iso-90012015-red-vital-paipa-s-a-e-s-p/, también se tiene documentado en el Plan PE-GPD-PL-01 PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL V13.
5.3	**ROLES, RESPONSABILIDADES Y AUTORIDADES EN LA ORGANIZACIÓN** Se han establecido y comunicado las responsabilidades y autoridades para los roles pertinentes en toda la organización.	X			La Entidad cuenta con una estructura organizacional definida para el SGC, como se establece en la Matriz PE-SIG-SGC-MT-03 MATRIZ DE ROLES, RESPONSABILIDADES Y AUTORIDADES V3, cada proceso de la Entidad contiene el responsable con la autoridad para sustentar la información requerida por la Alta Dirección.
6.1.1	**PLANIFICACIÓN / ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES**	X			La Entidad establece la Matriz PV-CI-MC-MT-01 MATRIZ GESTIÓN DE RIESGO Y OPORTUNIDADES V4, donde se determinan los riesgos y oportunidades que puedan afectar a la conformidad de los productos y servicios de los procesos con

	Se han establecido los riesgos y oportunidades que deben ser abordados para asegurar que el SGC logre los resultados esperados.				sus acciones de mitigación, evaluación de controles y evidencia de cumplimiento y las oportunidades integrales.
6.1.2	La organización ha previsto las acciones necesarias para abordar estos riesgos y oportunidades y los ha integrado en los procesos del sistema.	X			La Entidad establece la Matriz PV-CI-MC-MT-01 MATRIZ GESTIÓN DE RIESGO Y OPORTUNIDADES V4, donde se determinan los riesgos y oportunidades que puedan afectar a la conformidad de los productos y servicios de los procesos con sus acciones de mitigación, evaluación de controles y evidencia de cumplimiento y las oportunidades integrales.
6.2.1	**OBJETIVOS DE LA CALIDAD Y PLANIFICACIÓN PARA LOGRARLOS** ¿Qué acciones se han planificado para el logro de los objetivos del SIG-HSEQ, programas de gestión?	X			La Entidad cuenta con los OBJETIVOS DE CALIDAD PE-SIG-SGC-OD-01 V3, que se encuentran contemplados en la Matriz PE-GPD-MT-04 MATRIZ DE INDICADORES Y DESPLIEGUES PE-GPD-MT-04 V4 que se encuentra en Actualización, el cual establece los recursos, los responsables y sus respectivos métodos de medición y desempeño.
6.2.2	Se mantiene información documentada sobre estos objetivos	X			La Entidad cuenta con los OBJETIVOS DE CALIDAD PE-SIG-SGC-OD-01 V3, que se encuentran contemplados en la Matriz de Indicadores y Despliegues PE-GPD-MT-04 V4, el cual establece los recursos, los responsables y sus respectivos métodos de medición y desempeño.
6.3	**PLANIFICACIÓN DE LOS CAMBIOS** Existe un proceso definido para determinar la necesidad de cambios en el SGC y la gestión de su implementación	X			Se cuenta con el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-04 GESTIÓN DEL CAMBIO V4, el cual establece los lineamientos para planificar los cambios del SIG. La Entidad cuenta con la Matriz PE-SIG-SGC-MT-04 MATRIZ DEL GESTIÓN DE CAMBIO V4.
7.1.1	**APOYO / RECURSOS Generalidades** La organización ha determinado y proporcionado los recursos necesarios para el establecimiento, implementación, mantenimiento y mejora continua del SGC (incluidos los requisitos de las personas, medioambientales y de infraestructura).	X			La Entidad está contenida con una planta de persona 100 funcionarios; 21 administrativos, 17 funcionarios de Acueducto, 14 funcionarios de Alcantarillado, y 43 funcionarios de Aseo.
7.1.2	**Personas** La organización debe determinar y proporcionar las personas necesarias para la implementación eficaz de su sistema de gestión de la calidad y para la operación y control de sus procesos.	X			El área de Archivo está liderada por el Subgerente General Administrativo y el Auxiliar Administrativo de Archivo, como se establecen en el Manual de Funciones y Competencias Laborales RD-GD-042.

7.1.3	**Infraestructura** La organización debe determinar, proporcionar y mantener la infraestructura necesaria para la operación de sus procesos y lograr la conformidad de los productos y servicios.			X	En el Archivo Central se evidencia humedad latente en las paredes, no se tiene controles ambientales, está cubierto por un techo falso de ignifugo, no se cuenta con escalera para archivo, no cuenta con elementos de inmobiliario adecuado y controles de seguridad de ingreso y entrada, se mantiene la ausencia del Plan de Mantenimiento de Infraestructura.
7.1.4	**Ambiente para la operación de los procesos** La organización debe determinar, proporcionar y mantener el ambiente necesario para la operación de sus procesos y para lograr la conformidad de los productos y servicios. NOTA Un ambiente adecuado puede ser una combinación de factores humanos y físicos, tales como: a) Sociales (por ejemplo, no discriminatorio, ambiente tranquilo, libre de conflictos). b) Psicológicos (por ejemplo, reducción del estrés, prevención del síndrome de agotamiento, cuidado de las emociones); c) Físicos (por ejemplo, temperatura, calor, humedad, iluminación, circulación del aire, higiene, ruido). Estos factores pueden diferir sustancialmente dependiendo de los productos y servicios suministrados.		X		La Entidad cuenta con el Plan PA-GTH-DC-PL-03 PLAN DE BIENESTAR SOCIAL E INCENTIVOS V7, que establece un cronograma de actividades de esparcimiento direccionados bajo el liderazgo de la Subgerencia General Administrativa que garantizan los ambientes sociales y psicosociales conforme de los productos y servicios. La Entidad cuenta con el COCOLAB nombrado recientemente bajo la Resolución RVP 074 de 2025 que garantizan los ambientes sociales y psicosociales conforme de los productos y servicios. La Oficina de Archivo no cuenta con una inmobiliaria adecuada para el manejo de la documentación física para el Archivo Central, el Área de Archivo cuenta con una inmobiliaria parcial para la ejecución de las actividades de Archivo, sin embargo, cuenta la carencia de escalera de archivo para las actividades del funcionario, que no garantizan los ambientes físicos conforme de los productos y servicios.
7.1.6	**Conocimientos de la organización** Ha determinado la organización los conocimientos necesarios para el funcionamiento de sus procesos y el logro de la conformidad de los productos y servicios y, ha implementado un proceso de experiencias adquiridas.	X			La Entidad cuenta con el Plan PA-GTH-DC-PL-02 PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN V10 y el Plan PA-GTH-DC-PL-05 PLAN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN V3 para definir de manera planificada las estrategias en materia de gestión del conocimiento en la Entidad, es necesario la implementación del Procedimiento de Gestión de Conocimiento para determinar la estrategia de conocimiento, el objeto, la fecha de implementación, la estrategia detallada para el proceso, lecciones aprendidas, participantes, responsables, los recursos necesarios, mecanismos de verificación, evidencias de la verificación y fecha de cierre de divulgación.

7.2	**COMPETENCIA** La organización se ha asegurado de que las personas que puedan afectar al rendimiento del SGC son competentes en cuestión de una adecuada educación, formación y experiencia, ha adoptado las medidas necesarias para asegurar que puedan adquirir la competencia necesaria	X			El Área de Archivo cuenta con el Auxiliar Administrativo de Archivo con el Contrato de Trabajo a Término Fijo 015-2017 de 10 de noviembre de 2017 con su Otro SI del 07 de noviembre de 2023, con sus respectivos soportes documentales y competencias de acuerdo al MANUAL DE FUNCIONES DE COMPETENCIAS LABORALES RD-GD-042.
7.3	**TOMA DE CONCIENCIA** La organización debe asegurarse de que las personas que realizan el trabajo bajo el control de la organización tomen conciencia de: a) la política de la calidad; b) los objetivos de la calidad pertinentes; c) su contribución a la eficacia del sistema de gestión de la calidad, incluidos los beneficios de una mejora del desempeño; d) las implicaciones del incumplimiento de los requisitos del sistema de gestión de la calidad.	X			La Entidad cuenta con el personal idóneo para el direccionamiento del Archivo Central, se tiene el dominio de la Política de Calidad y los Objetivos de Calidad.
7.4	**COMUNICACIÓN** La organización debe determinar las comunicaciones internas y externas pertinentes al sistema de gestión de la calidad, que incluyan: a) qué comunicar; b) cuándo comunicar; c) a quién comunicar; d) cómo comunicar; e) quién comunica.			X	Durante la Auditoria al Auxiliar Administrativa de Archivo, se evidencia que se mantiene el manejo de la información parcial de forma verbal y escrita, no se cuenta con trazabilidad de información.
7.5.1	**INFORMACIÓN DOCUMENTADA** **Generalidades**	X			La Entidad establece el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-01 CONTROL DE INFORMACIÓN DOCUMENTADA V4, con los lineamientos pertinentes a la creación, actualización, identificación, revisión, aprobación, control, protección,

	Se ha establecido la información documentada requerida por la norma y necesaria para la implementación y funcionamiento eficaces del SGC.				distribución, almacenamiento, conservación y disposición de la información documentada requerida por la Entidad y el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-03 MANTENIMIENTO Y CONSERVACIÓN DOCUMENTAL V4 con los contenidos adecuados para la conservación de los documentos de las Listas Maestras de Documentación de la Empresa de Servicios Públicos Domiciliarios Red Vital Paipa S.A. E.S.P., con el fin de protegerla de manejos u acceso inadecuado, así como las condiciones de preservación de los documentos.
7.5.2	**Creación y actualización** Existe una metodología documentada adecuada para la revisión y actualización de documentos.	X			La Entidad establece el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-01 CONTROL DE INFORMACIÓN DOCUMENTADA V4, con los lineamientos pertinentes a la creación, actualización, identificación, revisión, aprobación, control, protección, distribución, almacenamiento, conservación y disposición de la información documentada requerida por la Entidad.
7.5.3.1	**Control de la información documentada** La información documentada requerida por el sistema de gestión de la calidad y por esta Norma Internacional se debe controlar para asegurarse de que: a) esté disponible y sea idónea para su uso, donde y cuando se necesite; b) esté protegida adecuadamente (por ejemplo, contra pérdida de la confidencialidad, uso inadecuado o pérdida de integridad).		X		La Entidad cuenta con Tablas de Retención Documental establecidas en la Resolución RVP 170 de 2021 que permite la organización de la documentación direccionada de las áreas administrativas y operacionales; sin embargo, se están manejando series documentales que no encuentran establecidos, no se encuentra actualizado correctamente las TRD desde la Reestructuración realizada el 26 de octubre de 2022. Durante la Auditoría Interna, se realiza muestreo aleatorio de carpetas prestadas a Líderes de Procesos Karol Villamil / OK 09-01-2025 / Estatus 09-01-2025 / Acta Junta Directiva 2022 13-01-2025 / Proceso Yesid Figueroa 13-01-2025 / Proceso Rio Chicamocha 10-05-2025 / Acuerdos 2022 Julieth Camargo / OK 27-01-2025 / Corpoboyacá 2022 27-01-2025 / Corpoboyacá 2023 27-01-2025 / Corpoboyacá 2024 21-02-2025 / Corpoboyacá 2020

					21-02-2025 / Corpoboyacá 2021 Juan Camilo Chaparro / OK 28-04-2025 / Contrato 014 de 2025 Karina Córdoba / OK 26-05-2025 / Contrato 021 de 2025 09-07-2025 / Convenio 015 de 2021
7.5.3.2	Para el control de la información documentada, la organización debe abordar las siguientes actividades, según corresponda: a) distribución, acceso, recuperación y uso; b) almacenamiento y preservación, incluida la preservación de la legibilidad; c) control de cambios (por ejemplo, control de versión); d) conservación y disposición.	X			La Entidad establece el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-01 CONTROL DE INFORMACIÓN DOCUMENTADA V4, con los lineamientos pertinentes a la creación, actualización, identificación, revisión, aprobación, control, protección, distribución, almacenamiento, conservación y disposición de la información documentada requerida por la Entidad.
8.1	**OPERACIÓN / PLANIFICACIÓN Y CONTROL OPERACIONAL** • Se planifican, implementan y controlan los procesos necesarios para cumplir los requisitos para la provisión de servicios. • La salida de esta planificación es adecuada para las operaciones de la organización. • Se asegura que los procesos contratados externamente estén controlados. Se revisan las consecuencias de los cambios no previstos, tomando acciones para mitigar cualquier efecto adverso.		X		Para la Planificación de los procesos de la Entidad, tenemos los siguientes procedimientos: PA-GD-PR-02 CUSTODIA DE DOCUMENTOS E INFORMACIÓN PA-GD-PR-03 CONSULTA Y PRÉSTAMO DE DOCUMENTOS PA-GD-PR-04 TRANSFERENCIA DOCUMENTAL (Creado para la Vigencia 2025) TABLAS DE RETENCION RED VITAL PAIPA 2021 PLAN DE PRESERVACION A LARGO PLAZO-RED VITAL 11 PLAN DE CONSERVACION DOCUMENTAL PGD-RED VITAL PAIPA 1 PLAN INSTITUCIONAL DE ARCHIVOS-1 DIAGNOSTICO INTEGRAL DE ARCHIVOS- RED VITAL 1 Se deben formalizar la Actualización de las Tablas de Retención Documental, teniendo en cuenta el día 02 de abril de 2024 se llevó a cabo una reunión técnica de trabajo con la Auxiliar Administrativa del área de archivo, el Profesional SIG, el Jefe

					Oficina de Control Interno de Gestión y funcionario del Archivo de la Alcaldía Municipal de Paipa. Durante este espacio se recopiló información clave sobre las prácticas actuales de manejo documental, identificación de necesidades, recursos disponibles y brechas frente a la normativa archivística vigente. Esta actividad permitió obtener un diagnóstico preliminar del Programa de Gestión Documental (PGD) de la Entidad. El Concepto Técnico evidenció que se observa que han sido elaboradas de acuerdo a los cargos existentes dentro de la empresa prestadora de servicios públicos; y que según el Acuerdo 04 de 2019 y el Acuerdo 01 de 2024, deben reflejar los diferentes niveles de la estructura orgánica de la entidad; es decir que el número de TRD deben elaborarse teniendo en cuenta el número de las dependencias, y basándose en las funciones de las mismas, y no fundamentarse en los cargos. Se sugiere actualizar las TRD y los Cuadros de Clasificación Documental, porque no son concordantes con la estructura orgánica funcional actual.
8.2.1	**REQUISITOS PARA LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS** **Comunicación con el cliente** • La comunicación con los clientes incluye información relativa a los productos y servicios. • Se obtiene la retroalimentación de los clientes relativa a los productos y servicios, incluyendo las quejas. Se establecen los requisitos específicos para las acciones de contingencia, cuando sea pertinente.		X		La Entidad contempla los medios físicos y digitales autorizados para las comunicaciones internas y externas; se evidencia que se mantiene el manejo de la información parcial de forma verbal y escrita, los cuales no cuentan con trazabilidad de información.
8.2.2	**Determinación de los requisitos para los productos y servicios** Se determinan los requisitos legales y reglamentarios para los productos y servicios que se ofrecen y aquellos considerados necesarios para la organización.	X			La Entidad cuenta con la Matriz PE-GJ-MT-01 MATRIZ DE REQUISITOS LEGALES V3 que documenta los requisitos legales y reglamentarios para dar cumplimiento a la prestación eficiente, segura y conforme de los servicios públicos de acueducto, alcantarillado y aseo, en el marco del Sistema Integrado de Gestión, se tiene establecido la normatividad para Gestión Documenta establecido en los Acuerdos del Archivo General de la Nación.
8.2.3.1	**Revisión de los requisitos para los productos y servicios**	X			El área de Almacén cuenta con el funcionamiento de todos los productos y servicios para suplir las necesidades de los usuarios, como se establecen en los siguientes procedimientos:

	• La organización se asegura que tiene la capacidad de cumplir los requisitos de los productos y servicios ofrecidos. • La organización revisa los requisitos del cliente antes de comprometerse a suministrar productos y servicios a este • Se confirma los requisitos del cliente antes de la aceptación por parte de estos, cuando no se ha proporcionado información documentada al respecto. Se asegura que se resuelvan las diferencias existentes entre los requisitos del contrato o pedido y los expresados previamente.				PA-GD-PR-02 CUSTODIA DE DOCUMENTOS E INFORMACIÓN V3 PA-GD-PR-03 CONSULTA Y PRÉSTAMO DE DOCUMENTOS V3 PA-GD-PR-04 TRANSFERENCIA DOCUMENTAL V1 (Creado para la Vigencia 2025)
8.2.3.2	Se conserva la información documentada, sobre cualquier requisito nuevo para los servicios.	X			PA-GD-PR-02 CUSTODIA DE DOCUMENTOS E INFORMACIÓN V3 PA-GD-PR-03 CONSULTA Y PRÉSTAMO DE DOCUMENTOS V3 PA-GD-PR-04 TRANSFERENCIA DOCUMENTAL V1 (Creado para la Vigencia 2025)
8.2.4	**Cambios en los requisitos para los productos y servicios** Las personas son conscientes de los cambios en los requisitos de los productos y servicios, se modifica la información documentada pertinente a estos cambios.	X			El área de Almacén bajo el liderazgo de la Subgerencia General Administrativa puede realizar las respectivas solicitudes de gestión de cambio, necesidades de requerimientos para almacén y generación de nuevos procedimientos como se establece en los procedimientos: PA-GD-PR-02 CUSTODIA DE DOCUMENTOS E INFORMACIÓN V3 PA-GD-PR-03 CONSULTA Y PRÉSTAMO DE DOCUMENTOS V3 PA-GD-PR-04 TRANSFERENCIA DOCUMENTAL V1 (Creado para la Vigencia 2025)
8.4.1	**CONTROL DE LOS PROCESOS, PRODUCTOS Y SERVICIOS SUMINISTRADOS EXTERNAMENTE Generalidades** • La organización asegura que los procesos, productos y servicios suministrados externamente son conforme a los requisitos.	X			La Entidad cuenta con un Manual de Contratación adoptado por la Empresa mediante el Acuerdo 003 de 2008 y sus modificaciones mediante los Acuerdos 009 de 2014 y 003 de 2018 y la Resolución RVP 175 de 2021 y el Procedimiento PA-GC-PR-01 EVALUACIÓN DE PROVEEDORES V4 establecen la metodología para la modalidad contractual y la evaluación del seguimiento de proveedores teniendo en cuenta criterios normativos y técnicos que den a lugar respectivamente.

	• Se determina los controles a aplicar a los procesos, productos y servicios suministrados externamente. Se determina y aplica criterios para la evaluación, selección, seguimiento del desempeño y la reevaluación de los proveedores externos. Se conserva información documentada de estas actividades				
8.4.2	**Tipo de alcance y control** • La organización se asegura que los procesos, productos y servicios suministrados externamente no afectan de manera adversa a la capacidad de la organización de entregar productos y servicios, conformes de manera coherente a sus clientes. • Se definen los controles a aplicar a un proveedor externo y las salidas resultantes. • Considera el impacto potencial de los procesos, productos y servicios suministrados externamente en la capacidad de la organización de cumplir los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables. • Se asegura que los procesos suministrados externamente permanecen dentro del control de su sistema de gestión de la calidad. Se determina la verificación o actividades necesarias para asegurar que los procesos, productos y servicios cumplen con los requisitos.	X			N/A
8.4.3	**Información para los proveedores externos**	X			La Entidad establece el estudio de las propuestas que contenga los requisitos para sus productos y servicios, la Contratación se realiza mediante los estipulado en el Manual de Contratación adoptado por la Empresa mediante el Acuerdo 003 de 2008

	• La organización comunica a los proveedores externos sus requisitos para los procesos, productos y servicios. • Se comunica la aprobación de productos y servicios, métodos, procesos y equipos, la liberación de productos y servicios. • Se comunica la competencia, incluyendo cualquier calificación requerida de las personas. • Se comunica las interacciones del proveedor externo con la organización. Se comunica el control y seguimiento del desempeño del proveedor externo aplicado por la organización.				y sus modificaciones mediante los Acuerdos 009 de 2014 y 003 de 2018 y la Resolución RVP 175 de 2021. El proveedor seleccionado es contactado por la Entidad; por consiguiente, se selecciona el supervisor del contrato, para llevar a cabo la documentación y el control de proveedor.
8.5.1	**PRODUCCIÓN Y PROVISIÓN DEL SERVICIO Control de la producción y de la provisión del servicio** • Se implementa la producción y provisión del servicio bajo condiciones controladas. • Dispone de información documentada que defina las características de los productos a producir, servicios a prestar, o las actividades a desempeñar. • Dispone de información documentada que defina los resultados a alcanzar. • Se controla la disponibilidad y el uso de recursos de seguimiento y medición adecuados. • Se controla la implementación de actividades de seguimiento y medición en las etapas apropiadas.	X			El área de Archivo cuenta como Modelo de Operación por Procesos, la Lista Maestra de Documentación de Gestión Documental que se encuentra ubicado en la Unidad de Almacenamiento SIG-REGISTROS y SIG-DOCUMENTOS.

	• Se controla el uso de la infraestructura y el entorno adecuado para la operación de los procesos. • Se controla la designación de personas competentes. Se controla la validación y revalidación periódica de la capacidad para alcanzar los resultados planificados. Se controla la implementación de acciones para prevenir los errores humanos. Se controla la implementación de actividades de liberación, entrega y posteriores a la entrega.				
8.5.2	**Identificación y trazabilidad** • La organización utiliza medios apropiados para identificar las salidas de los productos y servicios. • Identifica el estado de las salidas con respecto a los requisitos. Se conserva información documentada para permitir la trazabilidad.	X			El área de Archivo cuenta con el Plano de Archivo PE-SIG-SGC-OD-05 PLANO DEL ARCHIVO CENTRAL V4, el cual se establece la distribución planificada para facilitar el flujo de entrada, almacenamiento y entrega de materiales, las zonas diferenciadas por áreas que deriva la ubicación física asignada a cada tipo de material, con señalización y códigos en estanterías. ORDENES DE SERVICIO / MES DE AGOSTO A DICIEMBRE / 2024 / Observaciones por fuera de la plantilla Observación para SYSMAN / Inconsistencias 4803 / No tiene de usuario y recibido / Duván y Edgar Solicitud 4810 / No tiene firmas / Foliación OK / NC CONCILACIONES MES SEPTIEMBRE / 2024 / FOLIOS 123 / CARPETA 09 / CAJA 7 / Firmas Subgerencia General Administrativa CONTRATO 002 DE 2025 / APOYO SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA / LEIDY PAOLA OCHOA GRANADOS / OK Observación / Recordar Firmas de Lista de Chequeo Convenio Pasantía Carpeta 78 / Folios 29 / OK Historia Laboral / Carpeta 77 / Folios 4 / OK Historia Laboral / Carpeta 79 / Folios 32 / OK

					Nómina Mes Octubre / Folios 117 / Egreso 589 / 01-10-2024 - 31-10-2024 / OK Nómina Mes Noviembre / Folios 160 / Egreso 160 / 01-11-2024 - 30-11-2024 / OK Nómina Mes Diciembre / Folios 125 / Egreso 745 / 27-12-2024 / OK Conciliaciones Bancarias / Abril / Agosto / Diciembre / Cronología
8.5.3	**Propiedad perteneciente a los clientes o proveedores externos** • La organización cuida la propiedad de los clientes o proveedores externos mientras está bajo el control de la organización o siendo utilizada por la misma. • Se Identifica, verifica, protege y salvaguarda la propiedad de los clientes o de los proveedores externos suministrada para su utilización o incorporación en los productos y servicios. Se informa al cliente o proveedor externo, cuando su propiedad se pierda, deteriora o de algún otro modo se considere inadecuada para el uso y se conserva la información documentada sobre lo ocurrido.	X			La Entidad como cliente interno, salvaguarda la información del área de Almacén, a través del Software SYSMAN. En el Procedimiento PA-GCOM-PR-04 ADMINISTRACIÓN DE DISPOSITIVOS DE REDES Y COMUNICACIONES de la Gestión de Sistemas y Comunicaciones, se tiene discriminado las actividades de la realización de las copias de información y la seguridad y restricción de la información. Con la creación de la carpeta, permite comprimir toda la información en un disco duro que queda en custodia del Servidor de Sistemas y Comunicaciones y la seguridad de la información permite la creación de una red interna exclusivo para la Entidad para masificar la protección de los datos (información de la Entidad, datos históricos, y demás contendido intangible), se evidencia que para la Vigencia 2024 se realizó el respectivo cargue a la NAS.
8.5.4	**Preservación** La organización preserva las salidas en la producción y prestación del servicio, en la medida necesaria para asegurar la conformidad con los requisitos.	X			Durante la Auditoría Interna, se evidencia que el acceso al Almacén Central cuenta con la Circular 006-2024, la cual estipula en sus artículos 5 y 6 del Acuerdo 042 de 2022 las disposiciones para el manejo de la consulta y préstamo de documentos para trámites internos, así como las medidas de custodia, control y preservación.
8.5.5	**Actividades posteriores a la entrega** • Se cumplen los requisitos para las actividades posteriores a la entrega asociadas con los productos y servicios.	X			N/A

	• Al determinar el alcance de las actividades posteriores a la entrega la organización considero los requisitos legales y reglamentarios. • Se consideran las consecuencias potenciales no deseadas asociadas a sus productos y servicios. • Se considera la naturaleza, el uso y la vida útil prevista de sus productos y servicios. • Considera los requisitos del cliente. Considera la retroalimentación del cliente.				
8.5.6	**Control de cambios** • La organización revisa y controla los cambios en la producción o la prestación del servicio para asegurar la conformidad con los requisitos. • Se conserva información documentada que describa la revisión de los cambios, las personas que autorizan o cualquier acción que surja de la revisión.			X	Se cuenta con el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-04 GESTIÓN DEL CAMBIO V4, el cual establece los lineamientos para planificar los cambios del SIG. La Entidad cuenta con la Matriz PE-SIG-SGC-MT-04 MATRIZ DEL GESTIÓN DE CAMBIO V4. Para el proceso de Gestión Documental, no se tiene documentando o gestión de planes de acción cambios para el proceso: Actualización de las Tablas de Retención Documental, debido a la Reestructuración realizada a partir del 26 de octubre de 2022
8.6	**LIBERACIÓN DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS** • La organización implementa las disposiciones planificadas para verificar que se cumplen los requisitos de los productos y servicios. • Se conserva la información documentada sobre la liberación de los productos y servicios. • Existe evidencia de la conformidad con los criterios de aceptación.		X		El Área de Archivo cuenta con la Circular 006-2024, la cual estipula en sus artículos 5 y 6 del Acuerdo 042 de 2022 las disposiciones para el manejo de la consulta y préstamo de documentos para trámites internos, así como las medidas de custodia, control y preservación de la información. Además, dispone de formatos que permiten garantizar la trazabilidad de la entrega, consulta y préstamo de documentos. Se identificó adicionalmente que las dependencias de la Entidad no cuentan con archivos de gestión, por lo cual toda la documentación producida es entregada directamente al Archivo Central, concentrando en esta área la responsabilidad de la custodia, control y preservación de la información.

	Existe trazabilidad a las personas que autorizan la liberación.				
8.7.1	**CONTROL DE LAS SALIDAS NO CONFORMES** • La organización se asegura que las salidas no conformes con sus requisitos se identifican y se controlan para prevenir su uso o entrega. • La organización toma las acciones adecuadas de acuerdo a la naturaleza de la no conformidad y su efecto sobre la conformidad de los productos y servicios. • Se verifica la conformidad con los requisitos cuando se corrigen las salidas no conformes. La organización trata las salidas no conformes de una o más maneras		X		La Entidad cuenta con el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-06 SALIDAS NO CONFORMES; sin embargo, no se tiene documentado Salidas no Conformes para la respectiva Vigencia, se recomienda Capacitación de Salidas no Conformes.
8.7.2	La organización conserva información documentada que describa la no conformidad, las acciones tomadas, las concesiones obtenidas e identifique la autoridad que decide la acción con respecto a la no conformidad.		X		La Entidad cuenta con el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-06 SALIDAS NO CONFORMES; sin embargo, no se tiene documentado Salidas no Conformes para la respectiva Vigencia, se recomienda Capacitación de Salidas no Conformes.
9.1.1	**EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO SEGUIMIENTO, MEDICIÓN, ANÁLISIS Y EVALUACIÓN Generalidades** • La organización determina que necesita seguimiento y medición. • Determina los métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación para asegurar resultados válidos. • Determina cuando se lleva a cabo el seguimiento y la medición.			X	La Entidad cuenta con la Matriz PE-GPD-MT-04 MATRIZ DE INDICADORES Y DE DESPLIEGUE V4 el cual establece los siguientes métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación. Para la Vigencia 2025, se encuentra en Actualización los Indicadores de Gestión de Recursos Físicos. La Entidad cuenta con el Procedimiento PA-GTH-PR-05 EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO LABORAL V4; sin embargo, no se evidencia la Evaluación de Desempeño Laboral de la Auxiliar Administrativa de Archivo del Segundo Semestre de la Vigencia 2024.

	• Determina cuando analizar y evaluar los resultados del seguimiento y medición. • Evalúa el desempeño y la eficacia del SGC. Conserva información documentada como evidencia de los resultados.				
9.2.1	**AUDITORIA INTERNA** • La organización lleva a cabo auditorías internas a intervalos planificados. • Las auditorías proporcionan información sobre el SGC conforme con los requisitos propios de la organización y los requisitos de la NTC ISO 9001:2015. • La organización planifica, establece, implementa y mantiene uno o varios programas de auditoría. • Define los criterios de auditoría y el alcance para cada una. • Selecciona los auditores y lleva a cabo auditorías para asegurar la objetividad y la imparcialidad del proceso. • Asegura que los resultados de las auditorias se informan a la dirección. • Realiza las correcciones y toma las acciones correctivas adecuadas.	X			Realizado por el Auditor Interno de Sistemas en Sistemas Integrados de Gestión HSEQ (ISO 9001:2015, 14001:2015, 45001:2018) con enfoque en Responsabilidad Social Empresarial e ISO/IEC 17025:2017, bajo la Dirección de la Oficina de Control Interno como Auditor Líder.

	Conserva información documentada como evidencia de la implementación del programa de auditoría y los resultados.				
9.2.2	La organización debe planificar, establecer, implementar y mantener uno o varios programas de auditoría que incluyan la frecuencia, los métodos, las responsabilidades, los requisitos de planificación y la elaboración de informes, que deben tener en consideración la importancia de los procesos involucrados, los cambios que afecten a la organización y los resultados de las auditorías previas.	X			Realizado por el Auditor Interno de Sistemas en Sistemas Integrados de Gestión HSEQ (ISO 9001:2015, 14001:2015, 45001:2018) con enfoque en Responsabilidad Social Empresarial e ISO/IEC 17025:2017, bajo la Dirección de la Oficina de Control Interno como Auditor Líder.
9.3.1	**REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN Generalidades** La alta dirección revisa el SGC a intervalos planificados, para asegurar su conveniencia, adecuación, eficacia y alineación continua con la estrategia de la organización.		X		La Entidad cuenta con el Informe de Revisión por la Alta Dirección Vigencia 2024 requeridos por normatividad y Entes de Control; sin embargo, no se tiene documentados acciones de mejora con respeto al Proceso de Gestión Documental.
9.3.2	**Entradas de la revisión por la dirección** • La alta dirección planifica y lleva a cabo la revisión incluyendo consideraciones sobre el estado de las acciones de las revisiones previas. • Considera los cambios en las cuestiones externas e internas que sean pertinentes al SGC. • Considera la información sobre el desempeño y la eficiencia del SGC. • Considera los resultados de las auditorías. • Considera el desempeño de los proveedores externos. • Considera la adecuación de los recursos.		X		**ENTRADAS DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN ESTABLECIDOS EN LA VIGENCIA 2024** • Resultados de Auditorías Internas / Verificados • Política de Calidad / Verificado • Matriz DOFA / Verificado • Matriz STAKEHOLDERS / Verificado • Gestión de Indicadores de Gestión / No Verificados • No Conformidades / Verificadas • Evaluación de Proveedores / Verificados • Adecuación de Recursos del SGC / Verificados • Gestión de Riesgos y Oportunidades / Verificados La Entidad cuenta con el Informe de Revisión por la Alta Dirección Vigencia 2024 requeridos por normatividad y Entes de Control; sin embargo, no se tiene documentados acciones de mejora con respeto al Proceso de Gestión de Recursos Físicos.

	• Considera la eficiencia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y las oportunidades. Se considera las oportunidades de mejora.				
9.3.3	**Salidas de la revisión por la dirección** • Las salidas de la revisión incluyen decisiones y acciones relacionadas con oportunidades de mejora. • Incluyen cualquier necesidad de cambio en el SGC. • Incluye las necesidades de recursos. Se conserva información documentada como evidencia de los resultados de las revisiones.	X			**NECESIDADES DE CAMBIOS DEL MIPG / SGC ESTABLECIDOS PARA LA VIGENCIA 2025** • Cambios que puedan afectar el Sistema de Gestión de Calidad; tal como se estableció en el presente informe de Revisión por la dirección, se establecen como cambios prioritarios para la vigencia 2025: • Recertificación del Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001:2015, con el objetivo de ordenar y gestionar la mejora Continua de la entidad, buscando asegurar el cumplimiento de los Requerimientos Legales y generar cumplimiento a las responsabilidades de los funcionarios de la Entidad. • Adecuación, mejora de la infraestructura de la sede de la empresa de servicios públicos RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P. • Implementación del Proceso de Gestión de Mantenimiento que incluya el Plan de Mantenimiento de las Instalaciones, Equipo Automotor, Equipos Auxiliares. • Actualización de las Tablas de Retención Documental, debido a la Reestructuración realizada a partir del 26 de octubre de 2022 • Adecuación de la mejora del Laboratorio de RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P.
10.1	**MEJORA Generalidades** La organización ha determinado y seleccionado las oportunidades de mejora e implementado las acciones necesarias para cumplir con los requisitos del cliente y mejorar su satisfacción.	X			La Entidad cuenta con el Plan de Mejoramiento 2024 SGA con fecha de suscripción del 01 de noviembre de 2024, se identifica para la Gestión Documental 3 No Conformidades, con las acciones a implementar respectivas, soporte de evidencias, metas de cumplimiento, con fecha de inicio – final, responsable y estado de la No Conformidad.
10.2.1	**NO CONFORMIDAD Y ACCIÓN CORRECTIVA**			X	Durante la Auditoría Interna, se realiza la revisión de las No Conformidades del área de Archivo:

	• La organización reacciona ante la no conformidad, toma acciones para controlarla y corregirla. • Evalúa la necesidad de acciones para eliminar las causas de la no conformidad. • Implementa cualquier acción necesaria, ante una no conformidad. • Revisa la eficacia de cualquier acción correctiva tomada. • Actualiza los riesgos y oportunidades de ser necesario. • Hace cambios al SGC si fuera necesario. Las acciones correctivas son apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas.				1. El Archivo Central de la Entidad está ubicado en el segundo piso de la Sede Administrativa; sin embargo, se evidencia humedad latente en las paredes, no se tiene controles ambientales, está cubierto por un techo falso de ignifugo, no se cuenta con escalera para archivo, no cuenta con elementos de inmobiliario adecuado y controles de seguridad de ingreso y entrada, incumpliendo con el Numeral 7.3 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015. **La No Conformidad sigue abierta.** 2. La Entidad cuenta con el Manual de Funciones de Competencias Laborales RD-GD-042 establecido en el Acuerdo 002 de 2022 (26 de octubre de 2022). En el Manual suscrito se establecen 26 funciones para el Auxiliar Administrativo de Archivo, que forma parte del Proceso de Gestión Administrativa y Financiera; sin embargo, se evidencia que en la función No. 2, el Archivo de Gestión es función de las Oficinas Productores de documentación con sus responsables por ser la documentación que no entrega al Archivo Central hasta cumplir con su trazabilidad, la función No. 4 no corresponde a una función específica de Archivo, debido a que la producción documental está a cargo de las Oficinas Productoras, por lo tanto debe ser una función de apoyo y no principal, la función No. 5 no corresponde a la funciones de Archivo puesto que la función está en el alcance de Ventanilla Única, la función No. 6 no corresponde a una función específica de Archivo puesto que la función está en el alcance de (Bienestar) Talento Humano, la función No. 9 no es coherente debido a que no se hace colaboración de implementación y aplicación de sistemas de información administrativa, la función No. 11 es una función propiamente de la Dependencia de Sistema Integrado de Gestión, por lo tanto debe ser una función de apoyo, la función No. 12 no es coherente porque se deben hacer referencia a las funciones propias del cargo que se desempeña por el funcionario a quien se asignan, como se establece en el Concepto 203071 de 2023 de la DAFP, incumpliendo con el Numeral 7.5.1 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015. **La No Conformidad sigue abierta.** 3. El Área de Archivo cuenta con el Procedimiento PA-GD-PR-03 Consulta y Préstamo de Documentos, en el que se establece las pautas para la consulta y el préstamo de la información del Archivo Central, así como también el registro Préstamo de Documentos PA-DD-GC-FO-02; sin embargo, se evidencia el diligenciamiento completo del registro y la trazabilidad del préstamo a los

					responsables, incumpliendo con el Numeral 8.1 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015. • **La No Conformidad está cerrada**
10.2.2	Se conserva información documentada como evidencia de la naturaleza de las no conformidades, cualquier acción tomada y los resultados de la acción correctiva.	X			La Entidad cuenta con el Plan de Mejoramiento 2024 SGA con fecha de suscripción del 01 de noviembre de 2024, se identifica para la Gestión Documental 3 No Conformidades, con las acciones a implementar respectivas, soporte de evidencias, metas de cumplimiento, con fecha de inicio – final, responsable y estado de la No Conformidad.
10.3	**MEJORA CONTINUA** • La organización mejora continuamente la conveniencia, adecuación y eficacia del SGC. Considera los resultados del análisis y evaluación, las salidas de la revisión por la dirección, para determinar si hay necesidades u oportunidades de mejora.	X			**NECESIDADES DE CAMBIOS DEL MIPG / SGC** • Cambios que puedan afectar el Sistema de Gestión de Calidad; tal como se estableció en el presente informe de Revisión por la dirección, se establecen como cambios prioritarios para la vigencia 2025: • Recertificación del Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001:2015, con el objetivo de ordenar y gestionar la mejora Continua de la entidad, buscando asegurar el cumplimiento de los Requerimientos Legales y generar cumplimiento a las responsabilidades de los funcionarios de la Entidad. • Adecuación, mejora de la infraestructura de la sede de la empresa de servicios públicos RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P. • Implementación del Proceso de Gestión de Mantenimiento que incluya el Plan de Mantenimiento de las Instalaciones, Equipo Automotor, Equipos Auxiliares. • Actualización de las Tablas de Retención Documental, debido a la Reestructuración realizada a partir del 26 de octubre de 2022 • Adecuación de la mejora del Laboratorio de RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P.

CONFORMIDADES

La Entidad cuenta con la Matriz DOFA ESTRATÉGICA INSTITUCIONAL PE-GPD-MT-02 V4 que establece las cuestiones externas e internas específicamente para el área de Archivo como se establece en el D3: Desactualización de las Tablas de Retención Documental (GESTIÓN DOCUMENTAL), cumpliendo con el Numeral 4.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con la MATRIZ DE GRUPOS DE INTERÉS (STAKEHOLDERS) PE-GPD-MT-03 V4 que establece las partes interesadas internas y externas con sus respectivos lineamientos de necesidades y requisitos legales, cumpliendo con el Numeral 4.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con el ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD PE-SIG-SGC-FO-04 V4, cumpliendo con el Numeral 4.3 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con la CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS PE-GPD-CA-01 V3, en el cual establece los procesos necesarios que impactan el SGC, se tiene el Proceso de Gestión Documental, el cual está vinculado al área de Archivo, donde se tiene definido los proveedores, entradas y salidas en el Ciclo PHVA, cumpliendo con el Numeral 4.4 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con la CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS PE-GPD-CA-01 V3, en el cual establece los procesos necesarios que impactan el SGC, se tiene el Proceso de Gestión Documental, el cual está vinculado al área de Archivo, donde se tiene definido los proveedores, entradas y salidas en el Ciclo PHVA, cumpliendo con el Numeral 4.4.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Alta Dirección de la Entidad establece compromiso con el SGC, como lo establece en el Plan PE-GPD-PL-01 PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL, describe el cumplimiento a las premisas establecidas en el Sistema de Calidad de la Entidad, Gestión eficaz del Riesgo, la prevención de los riesgos asociados a la Seguridad y Salud en el Trabajo, para prevenir accidentes laborales y enfermedades laborales, promoviendo el mejoramiento continuo de los procesos para contar con los más altos estándares de calidad garantizando la satisfacción del cliente, cumpliendo con el Numeral 5.1.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad establece la Matriz PV-CI-MC-MT-01 MATRIZ GESTIÓN DE RIESGO Y OPORTUNIDADES V4, donde se determinan los riesgos y oportunidades que puedan afectar a la conformidad de los productos y servicios de los procesos con sus acciones de mitigación, evaluación de controles y evidencia de cumplimiento y las oportunidades integrales, cumpliendo con el Numeral 5.1.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con la POLÍTICA SGC PE-SIG-SGC-PO-01 V3, que busca satisfacer las necesidades y expectativas de sus grupos de interés, en los procesos de ACUEDUCTO. ALCANTARILLADO Y ASEO, alineado con el cumplimiento normativo de la competencia técnica de nuestro LABORATORIO DE AGUA POTABLE, asegurando la precisión, imparcialidad y confiabilidad de nuestros resultados en los procesos de tratamiento, garantizando la calidad y seguridad en el consumo de agua potable a nuestros usuarios, generando un servicio público integral de calidad, a través de la gestión eficaz de los riesgos y oportunidades, dando cumplimiento a los requisitos legales y a la Planeación Estratégica; contando con un talento humano competente y comprometido, para así mantener la eficacia y la mejora continua del Sistema de Gestión, cumpliendo con el Numeral 5.2.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con una página web institucional, en el cual se tiene publicado la Política SGC en la página web https://redvitalpaipasaesp.com/informacion-de-entidad/politica-de-calidad-del-sistema-de-la-gestion-de-la-calidad-iso-90012015-red-vital-paipa-s-a-e-s-p/, también se tiene documentado en el Plan PE-GPD-PL-01 PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL, cumpliendo con el Numeral 5.2.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con una estructura organizacional definida para el SGC, como se establece en la Matriz PE-SIG-SGC-MT-03 MATRIZ DE ROLES, RESPONSABILIDADES Y AUTORIDADES V3, cada proceso de la Entidad contiene el responsable con la autoridad para sustentar la información requerida por la Alta Dirección, cumpliendo con el Numeral 5.3 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad establece la Matriz PV-CI-MC-MT-01 MATRIZ GESTIÓN DE RIESGO Y OPORTUNIDADES V4, donde se determinan los riesgos y oportunidades que puedan afectar a la conformidad de los productos y servicios de los procesos con sus acciones de mitigación, evaluación de controles y evidencia de cumplimiento y las oportunidades integrales, cumpliendo con los Numerales 6.1.1 y 6.1.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con los OBJETIVOS DE CALIDAD PE-SIG-SGC-OD-01 V3, que se encuentran contemplados en la Matriz PE-GPD-MT-04 MATRIZ DE INDICADORES Y DESPLIEGUES PE-GPD-MT-04 V4 que se encuentra en Actualización, el cual establece los recursos, los responsables y sus respectivos métodos de medición y desempeño, cumpliendo con los Numerales 6.2.1 y 6.2.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad se cuenta con el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-04 GESTIÓN DEL CAMBIO V4, el cual establece los lineamientos para planificar los cambios del SIG. La Entidad cuenta con la Matriz PE-SIG-SGC-MT-04 MATRIZ DEL GESTIÓN DE CAMBIO V4., cumpliendo con el Numeral 6.3 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad está contenida con una planta de persona 100 funcionarios; 21 administrativos, 17 funcionarios de Acueducto, 14 funcionarios de Alcantarillado, y 43 funcionarios de Aseo para implementación, mantenimiento y mejora continua del SGC, cumpliendo con el Numeral 7.1.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

El área de Archivo está liderada por el Subgerente General Administrativo y el Auxiliar Administrativo de Archivo, como se establecen en el Manual de Funciones y Competencias Laborales RD-GD-042., cumpliendo con el Numeral 7.1.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con el Plan PA-GTH-DC-PL-02 PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN V10 y el Plan PA-GTH-DC-PL-05 PLAN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN V3 para definir de manera planificada las estrategias en materia de gestión del conocimiento en la Entidad, cumpliendo con el Numeral 7.1.6 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

El Área de Archivo cuenta con el Auxiliar Administrativo de Archivo con el Contrato de Trabajo a Término Fijo 015-2017 de 10 de noviembre de 2017 con su Otro SI del 07 de noviembre 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 ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con el personal idóneo para el direccionamiento del Archivo Central, se tiene el dominio de la Política de Calidad y los Objetivos de Calidad, cumpliendo con el Numeral 7.3 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad establece el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-01 CONTROL DE INFORMACIÓN DOCUMENTADA V4, con los lineamientos pertinentes a la creación, actualización, identificación, revisión, aprobación, control, protección, distribución, almacenamiento, conservación y disposición de la información documentada requerida por la Entidad y el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-03 MANTENIMIENTO Y CONSERVACIÓN DOCUMENTAL V4 con los contenidos adecuados para la conservación de los documentos de las Listas Maestras de Documentación de la Empresa de Servicios Públicos Domiciliarios Red Vital Paipa S.A. E.S.P., cumpliendo con el Numeral 7.5.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad establece el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-01 CONTROL DE INFORMACIÓN DOCUMENTADA V4, con los lineamientos pertinentes a la creación, actualización, identificación, revisión, aprobación, control, protección, distribución, almacenamiento, conservación y disposición de la información documentada requerida por la Entidad., cumpliendo con el Numeral 7.5.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad establece el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-01 CONTROL DE INFORMACIÓN DOCUMENTADA V4, con los lineamientos pertinentes a la creación, actualización, identificación, revisión, aprobación, control, protección, distribución, almacenamiento, conservación y disposición de la información documentada requerida por la Entidad., cumpliendo con el Numeral 7.5.3.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con la Matriz PE-GJ-MT-01 MATRIZ DE REQUISITOS LEGALES V3 que documenta los requisitos legales y reglamentarios para dar cumplimiento a la prestación eficiente, segura y conforme de los servicios públicos de acueducto, alcantarillado y aseo, en el marco del Sistema Integrado de Gestión, se tiene establecido la normatividad para Gestión Documental establecido en los Acuerdos del Archivo General de la Nación, cumpliendo con el Numeral 8.2.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

El área de Archivo cuenta con los procedimientos para los requerimientos y necesidades de los clientes internos de la Entidad, cumpliendo con los Numerales 8.2.3.1 y 8.2.3.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

El área de Archivo bajo el liderazgo de la Subgerencia General Administrativa puede realizar las respectivas solicitudes de gestión de cambio, necesidades de requerimientos para Archivo y generación de nuevos procedimientos, cumpliendo con los Numerales 8.2.4 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con un Manual de Contratación adoptado por la Empresa mediante el Acuerdo 003 de 2008 y sus modificaciones mediante los Acuerdos 009 de 2014 y 003 de 2018 y la Resolución RVP 175 de 2021 y el Procedimiento PA-GC-PR-01 EVALUACIÓN DE PROVEEDORES V4 establecen la metodología para la modalidad contractual y la evaluación del seguimiento de proveedores teniendo en cuenta criterios normativos y técnicos que den a lugar respectivamente, cumpliendo con los Numerales 8.4.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad establece el estudio de las propuestas que contenga los requisitos para sus productos y servicios, la Contratación se realiza mediante los estipulado en el Manual de Contratación adoptado por la Empresa mediante el Acuerdo 003 de 2008 y sus modificaciones mediante los Acuerdos 009 de 2014 y 003 de 2018 y la Resolución RVP 175 de 2021. El proveedor seleccionado es contactado por la Entidad; por consiguiente, se selecciona el supervisor del contrato, para llevar a cabo la documentación y el control de proveedor, cumpliendo con los Numerales 8.4.3 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

El área de Archivo cuenta como Modelo de Operación por Procesos, la Lista Maestra de Documentación de Gestión Documental que se encuentra ubicado en la Unidad de Almacenamiento SIG-REGISTROS y SIG-DOCUMENTOS, cumpliendo con los Numerales 8.5.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

El área de Archivo cuenta con el Plano de Archivo PE-SIG-SGC-OD-05 PLANO DEL ARCHIVO CENTRAL V4, el cual se establece la distribución planificada para facilitar el almacenamiento de los archivos activos e históricos de las dependencias, las zonas diferenciadas por oficinas productoras con su respectiva ubicación y señalización en estanterías, cumpliendo con los Numerales 8.5.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad como cliente interno, salvaguarda la información del área de Almacén, a través del Software SYSMAN. En el Procedimiento PA-GCOM-PR-04 ADMINISTRACIÓN DE DISPOSITIVOS DE REDES Y COMUNICACIONES de la Gestión de Sistemas y Comunicaciones, se tiene discriminado las actividades de la realización de las copias de información y la seguridad y restricción de la información. Con la creación de la carpeta, permite comprimir toda la información en un disco duro que queda en custodia del Servidor de Sistemas y Comunicaciones y la seguridad de la información permite la creación de una red interna exclusivo para la Entidad para masificar la protección de los datos (información de la Entidad, datos históricos, y demás contendido intangible), se evidencia que para la Vigencia 2024 se realizó el respectivo cargue a la NAS, cumpliendo con los Numerales 8.5.3 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

Durante la Auditoría Interna, se evidencia que el acceso al Archivo Central cuenta con la Circular 006-2024, la cual estipula en sus artículos 5 y 6 del Acuerdo 042 de 2022 las disposiciones para el manejo de la consulta y préstamo de documentos para trámites internos, así como las medidas de custodia, control y preservación, cumpliendo con los Numerales 8.5.4 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-04 GESTIÓN DEL CAMBIO V4, el cual establece los lineamientos para planificar los cambios del SIG. La Entidad cuenta con la Matriz PE-SIG-SGC-MT-04 MATRIZ DEL GESTIÓN DE CAMBIO V4. El área de Archivo cuenta con el Modelo de Operación por Procesos para la Gestión Documental de los cambios que sean necesarios, cumpliendo con los Numerales 8.5.6 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con el Informe de Revisión por la Alta Dirección Vigencia 2024 requeridos por normatividad y Entes de Control, cuenta con las Necesidades de Cambio del MIPG / SIG, cumpliendo con los Numerales 9.3.3 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con el Plan de Mejoramiento 2024 SGA con fecha de suscripción del 01 de noviembre de 2024, se identifica para la Gestión Documental 3 No Conformidades, con las acciones a implementar respectivas, soporte de evidencias, metas de cumplimiento, con fecha de inicio – final, responsable y estado de la No Conformidad., cumpliendo con los Numerales 10.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad establece el Plan de Trabajo No Conformidades Menores PCAC controlado externamente para la implementación de las acciones correctivas ante las No Conformidades menores evidenciadas por la Entidad ICONTEC., cumpliendo con los Numerales 10.2.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con el Informe de Revisión por la Alta Dirección Vigencia 2024 requeridos por normatividad y Entes de Control, se tiene proyección de acciones de mejoramiento para la Vigencia 2025 para su ejecución, cumpliendo con los Numerales 10.3 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

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

OBSERVACIONES

El área de Archivo cuenta con una inmobiliaria parcial para la ejecución de las actividades del Auxiliar Administrativo de Archivo, el Archivo Central cuenta con una inmobiliaria parcial para el manejo de la documentación física para el Archivo Central, se evidencia la carencia de escalera de archivo para las actividades del funcionario, que no garantizan los ambientes físicos conforme de los productos y servicios. (Numeral 7.1.4 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015).

La Entidad cuenta con La Entidad cuenta con Tablas de Retención Documental establecidas en la Resolución RVP 170 de 2021 que permite la organización de la documentación direccionada de las áreas administrativas y operacionales; sin embargo, se evidencia que se están manejando series documentales que no encuentran establecidos, no se encuentra actualizado correctamente las TRD desde la Reestructuración realizada el 26 de octubre de 2022. (Numeral 7.5.3.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015).

El área de Archivo cuenta con tres (3) procedimientos y cinco (5) instrumentos archivísticos; sin embargo, se evidencia que se tiene un concepto técnico por el cual se determinan que los cinco (5) instrumentos archivísticos se deben actualizaciones porque no son concordantes con la estructura orgánica funcional actual. (Numeral 8.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015).

La Entidad contempla los medios físicos y digitales autorizados para las comunicaciones internas y externas; se evidencia que se mantiene el manejo de la información parcial de forma verbal y escrita, los cuales no cuentan con trazabilidad de información. (Numeral 8.2.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015).

La Entidad cuenta con Se cuenta con el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-04 GESTIÓN DEL CAMBIO V4, el cual establece los lineamientos para planificar los cambios del SIG. La Entidad cuenta con la Matriz PE-SIG-SGC-MT-04 MATRIZ DEL GESTIÓN DE CAMBIO V4 para el proceso de Gestión Documental; sin embargo, no se tiene documentando o gestión de planes de acción cambios para el proceso: Actualización de las Tablas de Retención Documental, debido a la Reestructuración realizada a partir del 26 de octubre de 2022 (Numeral 8.5.6 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015).

La Entidad cuenta con el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-06 SALIDAS NO CONFORMES; sin embargo, no se tiene documentado Salidas no Conformes para la respectiva Vigencia, se recomienda Capacitación de Salidas no Conformes. (Numeral 8.7.1 y 8.7.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015).

La Entidad cuenta con el Informe de Revisión por la Alta Dirección Vigencia 2024 requeridos por normatividad y Entes de Control; sin embargo, no se tiene documentados acciones de mejora con respeto al Proceso de Gestión de Recursos Físicos. (Numeral 9.3.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015).

La Entidad cuenta con el Informe de Revisión por la Alta Dirección Vigencia 2024 requeridos por normatividad y Entes de Control; sin embargo, no se tiene documentados acciones de mejora con respeto al Proceso de Gestión de Recursos Físicos. (Numeral 9.3.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015).

NO CONFORMIDADES

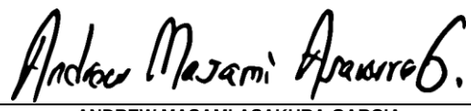
El Almacén no cuenta controles de humedad, no se tiene controles ambientales, no se cuenta con escalera para el Archivo, no se cuenta con inmobiliario adecuado y controles de seguridad robustas, no se cuenta con el Plan de Mantenimiento de Infraestructura para Archivo, incumpliendo con el Numeral 7.1.3 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

El Almacén no cuenta no se cuenta con trazabilidad de información, se evidencia que se mantiene el manejo de la información parcial de forma verbal y escrita, incumpliendo con el Numeral 7.4 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad no cuenta con infraestructura necesaria para la formalización de archivos de gestión en las dependencias para la respectiva preservación y control de la información, incumpliendo con el Numeral 8.6 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.), incumpliendo con el Numeral 8.6 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con el Procedimiento PA-GTH-PR-05 EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO LABORAL; sin embargo, no se evidencia la Evaluación de Desempeño Laboral de la Auxiliar Administrativa de Archivo del Segundo Semestre de la Vigencia 2024., incumpliendo con el Numeral 9.1.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con el PV-CI-MC-FO-05 PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL, en el cual se establecen las No Conformidades de los Procesos de la Subgerencia General Administrativa; se evidencia que se no se han cerrado todas las No Conformidades respectivas del área de Archivo, incumpliendo con el Numeral 10.2.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.



ANDREW MASAMI ASAKURA GARCIA
Profesional del Sistema Integrado de Gestión

C.C. 1.053.605.825
Auditor Interno HSEQ (ISO 9001:2051, ISO 14001:2015, ISO 45001:2015) Enfoque en RSE
Auditor Interno ISO/IEC 17025:2017

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	CORTE A 31 DE OCTUBRE DE 2025
FECHA DE LA AUDITORÍA	26 DE NOVIEMBRE DE 2025
FECHA DE INFORME	10 DE DICIEMBRE DE 2025
NIVEL DE PROCESO	Dependencias
APOYO (Subgerencia General Operativa)	Gestión de Aseo / Líder de Proceso / Actividad de Barrido
PROCESO / ÁREA AUDITADO	Barrido
PERSONAL AUDITADO	Profesional de Aseo / Personal de Barrido
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 a los criterios seleccionados, los requisitos reglamentarios, contractuales y legales aplicables.
CRITERIOS DE AUDITORÍA	Lista Maestra de Documentación
EQUIPO AUDITOR	Andrew Masami Asakura Garcia

CONTEXTO

Teniendo en cuenta la Circular 026 de 2025 del 10 de junio 2025, emitido por la Oficina de Control Interno, se realiza la Auditoría Interna ISO 9001:2015 y demás normas aplicables al sector de servicios públicos domiciliarios, se ejecuta la Auditoría Interna de Segunda Parte por parte de la Dependencia de Sistema Integrado de Gestión, para dar cumplimiento al Plan Anual de Auditorías Internas como se establece en la Resolución RVP 075 de 2025. La Auditoría Interna esta soportada en base a 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 9, 14, 16 y 19.

9. **Realizar los análisis del cumplimiento de las políticas a cargo de la entidad y proponer mejoras para su adecuada implementación y mejora en la gestión y el desempeño de las entidades públicas.**
14. **Realización de la auditoría interna del sistema integrado de gestión QHSE.**
16. **Revisar y auditar los requisitos para establecer brechas e implementar y surtir en el proceso de certificación 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.**

LISTA DE CHEQUEO ISO 9001:2015

Numeral	Requisito	Cumplimiento			Observaciones
		C	OBS	NC	
4.1	**CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN** **COMPRENSIÓN DE LA ORGANIZACIÓN Y DE SU CONTEXTO** • La organización determina las cuestiones externas e internas que son pertinentes para el propósito y dirección estratégica. • Se realiza el seguimiento y la revisión de la información sobre estas cuestiones externas e internas. • Se ha determinado las partes interesadas y los requisitos de estas partes interesadas para el sistema de gestión de Calidad. Se realiza el seguimiento y la revisión de la información sobre estas partes interesadas y sus requisitos.	X			La Entidad cuenta con la Matriz DOFA ESTRATÉGICA INSTITUCIONAL PE-GPD-MT-02 V4 que establece las cuestiones externas e internas específicamente para el área de Aseo como se establece en el D3: Ausencia del Proceso de Mantenimiento que incluya el Plan de Mantenimiento de las Instalaciones, Equipo Automotor, Equipos Auxiliares (GESTIÓN DE ASEO).
4.2	**COMPRENSIÓN DE LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LAS PARTES INTERESADAS** • Se ha determinado las partes interesadas y los requisitos de estas partes interesadas para el sistema de gestión de Calidad. Se realiza el seguimiento y la revisión de la información sobre estas partes interesadas y sus requisitos.	X			La Entidad cuenta con la MATRIZ DE GRUPOS DE INTERÉS (STAKEHOLDERS) PE-GPD-MT-03 V4 que establece las partes interesadas internas y externas con sus respectivos lineamientos de necesidades y requisitos legales.
4.3	**DETERMINACIÓN DEL ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD** • El alcance del SGC, se ha determinado según:	X			La Entidad cuenta con el ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD PE-SIG-SGC-FO-04 V4.

	• Procesos operativos, productos y servicios, instalaciones físicas, ubicación geográfica • ¿El alcance del SGC se ha determinado teniendo en cuenta los problemas externos e internos, las partes interesadas y sus productos y servicios? • Se tiene disponible y documentado el alcance del Sistema de Gestión. Se tiene justificado y/o documentado los requisitos (exclusiones) que no son aplicables para el Sistema de Gestión?				
4.4.1	**SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y SUS PROCESOS** • Se tienen identificados los procesos necesarios para el sistema de gestión de la organización Se tienen establecidos los criterios para la gestión de los procesos teniendo en cuenta las responsabilidades, procedimientos, medidas de control e indicadores de desempeño necesarios que permitan la efectiva operación y control de los mismos.	X			La Entidad cuenta con la CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS PE-GPD-CA-01 V3, en el cual establece los procesos necesarios que impactan el SGC, se tiene el Proceso de Gestión de Aseo, donde se tiene definido los proveedores, entradas y salidas en el Ciclo PHVA.
4.4.2	Se mantiene y conserva información documentada que permita apoyar la operación de estos procesos.	X			La Entidad cuenta con la CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS PE-GPD-CA-01 V3, que se encuentra enlazado por el MAPA DE PROCESOS PE-SIG-SGC-FO-04 V11.
5.1.1	**LIDERAZGO / LIDERAZGO Y COMPROMISO** **Generalidades** Se demuestra responsabilidad por parte de la alta dirección para la eficacia del SGC.	X			La Alta Dirección de la Entidad establece compromiso con el SGC, como lo establece en el Plan PE-GPD-PL-01 PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL V13, describe el cumplimiento a las premisas establecidas en el Sistema de Calidad de la Entidad, Gestión eficaz del Riesgo, la prevención de los riesgos asociados a la Seguridad y Salud en el Trabajo, para prevenir accidentes laborales y enfermedades laborales, promoviendo el mejoramiento continuo de los procesos para contar con los más altos estándares de calidad garantizando la satisfacción del cliente..

5.1.2	**ENFOQUE AL CLIENTE** La gerencia garantiza que los requisitos de los clientes de determinan y se cumplen. Se determinan y consideran los riesgos y oportunidades que puedan afectar a la conformidad de los productos y servicios y a la capacidad de aumentar la satisfacción del cliente	X			La Entidad establece la Matriz PV-CI-MC-MT-01 MATRIZ GESTIÓN DE RIESGO Y OPORTUNIDADES V4, donde se determinan los riesgos y oportunidades que puedan afectar a la conformidad de los productos y servicios de los procesos con sus acciones de mitigación, evaluación de controles y evidencia de cumplimiento y las oportunidades integrales.
5.2.1	**POLÍTICA Establecimiento de la política de la calidad** La política de calidad con la que cuenta actualmente la organización está acorde con los propósitos establecidos.	X			La Entidad cuenta con la POLÍTICA SGC PE-SIG-SGC-PO-01 V3, que busca satisfacer las necesidades y expectativas de sus grupos de interés, en los procesos de ACUEDUCTO. ALCANTARILLADO Y ASEO, alineado con el cumplimiento normativo de la competencia técnica de nuestro LABORATORIO DE AGUA POTABLE, asegurando la precisión, imparcialidad y confiabilidad de nuestros resultados en los procesos de tratamiento, garantizando la calidad y seguridad en el consumo de agua potable a nuestros usuarios, generando un servicio público integral de calidad, a través de la gestión eficaz de los riesgos y oportunidades, dando cumplimiento a los requisitos legales y a la Planeación Estratégica; contando con un talento humano competente y comprometido, para así mantener la eficacia y la mejora continua del Sistema de Gestión.
5.2.2	**Comunicación de la política de la calidad** Se tiene disponible a las partes interesadas, se ha comunicado dentro de la organización.	X			La Entidad cuenta con una página web institucional, en el cual se tiene publicado la Política SGC en la página web https://redvitalpaipasaesp.com/informacion-de-entidad/politica-de-calidad-del-sistema-de-la-gestion-de-la-calidad-iso-90012015-red-vital-paipa-s-a-e-s-p/, también se tiene documentado en el Plan PE-GPD-PL-01 PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL V13.
5.3	**ROLES, RESPONSABILIDADES Y AUTORIDADES EN LA ORGANIZACIÓN** Se han establecido y comunicado las responsabilidades y autoridades para los roles pertinentes en toda la organización.	X			La Entidad cuenta con una estructura organizacional definida para el SGC, como se establece en la Matriz PE-SIG-SGC-MT-03 MATRIZ DE ROLES, RESPONSABILIDADES Y AUTORIDADES V3, cada proceso de la Entidad contiene el responsable con la autoridad para sustentar la información requerida por la Alta Dirección.
6.1.1	**PLANIFICACIÓN / ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES**	X			La Entidad establece la Matriz PV-CI-MC-MT-01 MATRIZ GESTIÓN DE RIESGO Y OPORTUNIDADES V4, donde se determinan los riesgos y oportunidades que puedan afectar a la conformidad de los productos y servicios de los procesos con

	Se han establecido los riesgos y oportunidades que deben ser abordados para asegurar que el SGC logre los resultados esperados.				sus acciones de mitigación, evaluación de controles y evidencia de cumplimiento y las oportunidades integrales.
6.1.2	La organización ha previsto las acciones necesarias para abordar estos riesgos y oportunidades y los ha integrado en los procesos del sistema.	X			La Entidad establece la Matriz PV-CI-MC-MT-01 MATRIZ GESTIÓN DE RIESGO Y OPORTUNIDADES V4, donde se determinan los riesgos y oportunidades que puedan afectar a la conformidad de los productos y servicios de los procesos con sus acciones de mitigación, evaluación de controles y evidencia de cumplimiento y las oportunidades integrales.
6.2.1	**OBJETIVOS DE LA CALIDAD Y PLANIFICACIÓN PARA LOGRARLOS** ¿Qué acciones se han planificado para el logro de los objetivos del SIG-HSEQ, programas de gestión?	X			La Entidad cuenta con los OBJETIVOS DE CALIDAD PE-SIG-SGC-OD-01 V3, que se encuentran contemplados en la Matriz PE-GPD-MT-04 MATRIZ DE INDICADORES Y DESPLIEGUES PE-GPD-MT-05 V5 que se encuentra en Actualización, el cual establece los recursos, los responsables y sus respectivos métodos de medición y desempeño.
6.2.2	Se mantiene información documentada sobre estos objetivos	X			La Entidad cuenta con los OBJETIVOS DE CALIDAD PE-SIG-SGC-OD-01 V3, que se encuentran contemplados en la Matriz de Indicadores y Despliegues PE-GPD-MT-05 V5, el cual establece los recursos, los responsables y sus respectivos métodos de medición y desempeño.
6.3	**PLANIFICACIÓN DE LOS CAMBIOS** Existe un proceso definido para determinar la necesidad de cambios en el SGC y la gestión de su implementación	X			Se cuenta con el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-04 GESTIÓN DEL CAMBIO V4, el cual establece los lineamientos para planificar los cambios del SIG. La Entidad cuenta con la Matriz PE-SIG-SGC-MT-04 MATRIZ DEL GESTIÓN DE CAMBIO V4.
7.1.1	**APOYO / RECURSOS Generalidades** La organización ha determinado y proporcionado los recursos necesarios para el establecimiento, implementación, mantenimiento y mejora continua del SGC (incluidos los requisitos de las personas, medioambientales y de infraestructura).	X			La Entidad está contenida con una planta de persona 100 funcionarios; 21 administrativos, 17 funcionarios de Acueducto, 14 funcionarios de Alcantarillado, y 43 funcionarios de Aseo.
7.1.2	**Personas** La organización debe determinar y proporcionar las personas necesarias para la implementación eficaz de su sistema de gestión de la calidad y para la operación y control de sus procesos.	X			El área de Aseo está liderada por el Profesional de Aseo, en conjunto con el Profesional de Selección en la Fuente y quince (15) operarios de barrido, como se establecen en el Manual de Funciones y Competencias Laborales RD-GD-042.

7.1.3	**Infraestructura** La organización debe determinar, proporcionar y mantener la infraestructura necesaria para la operación de sus procesos y lograr la conformidad de los productos y servicios.			X	El cuarto de almacenamiento para los Operarios de Barrido cuenta en su interior los lockers, los carritos de barrido y las herramientas para la ejecución de las actividades, sin embargo, no cuenta con sitios señalizados de los carritos de barrido e inmobiliaria adecuada para el almacenamiento de las herramientas con estanterías, no cuenta con condiciones ambientales apropiadas debido a la presencia de humedad, no se cuenta con el Plan de Mantenimiento locativo. El área de trabajo para el Profesional de Aseo no cuenta con la estantería adecuada para el Archivo de Gestión.
7.1.4	**Ambiente para la operación de los procesos** La organización debe determinar, proporcionar y mantener el ambiente necesario para la operación de sus procesos y para lograr la conformidad de los productos y servicios. NOTA Un ambiente adecuado puede ser una combinación de factores humanos y físicos, tales como: a) Sociales (por ejemplo, no discriminatorio, ambiente tranquilo, libre de conflictos). b) Psicológicos (por ejemplo, reducción del estrés, prevención del síndrome de agotamiento, cuidado de las emociones); c) Físicos (por ejemplo, temperatura, calor, humedad, iluminación, circulación del aire, higiene, ruido). Estos factores pueden diferir sustancialmente dependiendo de los productos y servicios suministrados.			X	La Entidad cuenta con el Plan PA-GTH-DC-PL-03 PLAN DE BIENESTAR SOCIAL E INCENTIVOS V7, que establece un cronograma de actividades de esparcimiento direccionados bajo el liderazgo de la Subgerencia General Administrativa que garantizan los ambientes sociales y psicosociales conforme de los productos y servicios. La Entidad cuenta con el COCOLAB nombrado recientemente bajo la Resolución RVP 074 de 2025 que garantizan los ambientes sociales y psicosociales conforme de los productos y servicios. El Área de Aseo cuenta con una inmobiliaria parcial para la ejecución de las actividades, sin embargo, no cuenta con una inmobiliaria adecuada para el manejo de la documentación física y demás elementos adicionales que proporciona el área. El cuarto de almacenamiento de los Operarios de Barrido cuenta con condiciones ambientales apropiadas debido a la presencia de humedad.
7.1.6	**Conocimientos de la organización** Ha determinado la organización los conocimientos necesarios para el funcionamiento de sus procesos y el logro de la conformidad de los productos y servicios y, ha implementado un proceso de experiencias adquiridas.	X			La Entidad cuenta con el Plan PA-GTH-DC-PL-02 PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN V10 y el Plan PA-GTH-DC-PL-05 PLAN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN V3 para definir de manera planificada las estrategias en materia de gestión del conocimiento en la Entidad, es necesario la implementación del Procedimiento de Gestión de Conocimiento para determinar la estrategia de conocimiento, el objeto, la fecha de implementación, la estrategia detallada para el proceso, lecciones aprendidas, participantes, responsables, los recursos necesarios,

					mecanismos de verificación, evidencias de la verificación y fecha de cierre de divulgación.
7.3	**TOMA DE CONCIENCIA** La organización debe asegurarse de que las personas que realizan el trabajo bajo el control de la organización tomen conciencia de: a) la política de la calidad; b) los objetivos de la calidad pertinentes; c) su contribución a la eficacia del sistema de gestión de la calidad, incluidos los beneficios de una mejora del desempeño; d) las implicaciones del incumplimiento de los requisitos del sistema de gestión de la calidad.	X			La Entidad cuenta con el personal idóneo para el direccionamiento del Área de Aseo, se tiene el dominio de la Política de Calidad y los Objetivos de Calidad.
7.4	**COMUNICACIÓN** La organización debe determinar las comunicaciones internas y externas pertinentes al sistema de gestión de la calidad, que incluyan: a) qué comunicar; b) cuándo comunicar; c) a quién comunicar; d) cómo comunicar; e) quién comunica.	X			Durante la Auditoria al Profesional de Aseo, se evidencia que se mantiene el manejo de la información de forma verbal y escrita con el personal que cuenta a su cargo, a los clientes internos y externos y a las partes interesadas.
7.5.1	**INFORMACIÓN DOCUMENTADA** **Generalidades** Se ha establecido la información documentada requerida por la norma y necesaria para la implementación y funcionamiento eficaces del SGC.	X			La Entidad establece el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-01 CONTROL DE INFORMACIÓN DOCUMENTADA V4, con los lineamientos pertinentes a la creación, actualización, identificación, revisión, aprobación, control, protección, distribución, almacenamiento, conservación y disposición de la información documentada requerida por la Entidad y el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-03 MANTENIMIENTO Y CONSERVACIÓN DOCUMENTAL V4 con los contenidos adecuados para la conservación de los documentos de las Listas Maestras de Documentación de la Empresa de Servicios Públicos Domiciliarios Red Vital Paipa

					S.A. E.S.P., con el fin de protegerla de manejos u acceso inadecuado, así como las condiciones de preservación de los documentos.
7.5.2	**Creación y actualización** Existe una metodología documentada adecuada para la revisión y actualización de documentos.	X			La Entidad establece el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-01 CONTROL DE INFORMACIÓN DOCUMENTADA V4, con los lineamientos pertinentes a la creación, actualización, identificación, revisión, aprobación, control, protección, distribución, almacenamiento, conservación y disposición de la información documentada requerida por la Entidad.
7.5.3.1	**Control de la información documentada** La información documentada requerida por el sistema de gestión de la calidad y por esta Norma Internacional se debe controlar para asegurarse de que: a) esté disponible y sea idónea para su uso, donde y cuando se necesite; b) esté protegida adecuadamente (por ejemplo, contra pérdida de la confidencialidad, uso inadecuado o pérdida de integridad).		X		La Entidad cuenta con Tablas de Retención Documental establecidas en la Resolución RVP 170 de 2021 que permite la organización de la documentación direccionada de las áreas administrativas y operacionales; sin embargo, se están manejando series documentales que no encuentran establecidos, no se encuentra actualizado correctamente las TRD desde la Reestructuración realizada el 26 de octubre de 2022. RUTAS 03-03-2025 a 02-06-2025 RUTAS 03-06-2025 a 31-08-2025 RUTAS 01-09-2025 a 30-11-2025
7.5.3.2	Para el control de la información documentada, la organización debe abordar las siguientes actividades, según corresponda: a) distribución, acceso, recuperación y uso; b) almacenamiento y preservación, incluida la preservación de la legibilidad; c) control de cambios (por ejemplo, control de versión); d) conservación y disposición.	X			La Entidad establece el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-01 CONTROL DE INFORMACIÓN DOCUMENTADA V4, con los lineamientos pertinentes a la creación, actualización, identificación, revisión, aprobación, control, protección, distribución, almacenamiento, conservación y disposición de la información documentada requerida por la Entidad.
8.1	**OPERACIÓN / PLANIFICACIÓN Y CONTROL OPERACIONAL** • Se planifican, implementan y controlan los procesos necesarios para cumplir los requisitos para la provisión de servicios.	X			Para la Planificación de los procesos de la Entidad, tenemos los siguientes procedimientos y planes: PM-GAS-PR-01 BARRIDO Y LIMPIEZA V5 PM-GAS-Bl-PL-01 PLAN DE DISTRIBUCIÓN DE RUTAS DE BARRIDO Y ÁREAS DE INTERVENCIÓN V4 PM-GAS-BL-PL-02 PLAN DE DISTRIBUCIÓN DE CANASTILLAS DE DISPOSICIÓN DE RESIDUOS V1

	• La salida de esta planificación es adecuada para las operaciones de la organización. • Se asegura que los procesos contratados externamente estén controlados. Se revisan las consecuencias de los cambios no previstos, tomando acciones para mitigar cualquier efecto adverso.				
8.2.1	**REQUISITOS PARA LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS Comunicación con el cliente** • La comunicación con los clientes incluye información relativa a los productos y servicios. • Se obtiene la retroalimentación de los clientes relativa a los productos y servicios, incluyendo las quejas. Se establecen los requisitos específicos para las acciones de contingencia, cuando sea pertinente.	X			La Entidad contempla los medios físicos y digitales autorizados para las comunicaciones internas y externas; el área de Aseo establece comunicación de forma verbal y escrita con sus clientes internos y externos por los medios autorizados por la Entidad (celular corporativo), retroalimentación los reclamos del servicio de aseo.
8.2.2	**Determinación de los requisitos para los productos y servicios** Se determinan los requisitos legales y reglamentarios para los productos y servicios que se ofrecen y aquellos considerados necesarios para la organización.	X			La Entidad cuenta con la Matriz PE-GJ-MT-01 MATRIZ DE REQUISITOS LEGALES V3 que documenta los requisitos legales y reglamentarios para dar cumplimiento a la prestación eficiente, segura y conforme de los servicios públicos de acueducto, alcantarillado y aseo, en el marco del Sistema Integrado de Gestión, se tiene establecido la normatividad para Gestión de Aseo.
8.2.3.1	**Revisión de los requisitos para los productos y servicios** • La organización se asegura que tiene la capacidad de cumplir los requisitos de los productos y servicios ofrecidos.	X			El área de Aseo cuenta con el funcionamiento de todos los productos y servicios para suplir las necesidades de los usuarios, como se establecen en los siguientes procedimientos: PM-GAS-PR-01 BARRIDO Y LIMPIEZA V5 PM-GAS-BI-PL-01 PLAN DE DISTRIBUCIÓN DE RUTAS DE BARRIDO Y ÁREAS DE INTERVENCIÓN V4 PM-GAS-BL-PL-02 PLAN DE DISTRIBUCIÓN DE CANASTILLAS DE DISPOSICIÓN DE RESIDUOS V1

	• La organización revisa los requisitos del cliente antes de comprometerse a suministrar productos y servicios a este • Se confirma los requisitos del cliente antes de la aceptación por parte de estos, cuando no se ha proporcionado información documentada al respecto. Se asegura que se resuelvan las diferencias existentes entre los requisitos del contrato o pedido y los expresados previamente.				
8.2.3.2	Se conserva la información documentada, sobre cualquier requisito nuevo para los servicios.	X			PM-GAS-BL-FO-02 PROGRAMACIÓN RUTAS DE BARRIDO
8.2.4	**Cambios en los requisitos para los productos y servicios** Las personas son conscientes de los cambios en los requisitos de los productos y servicios, se modifica la información documentada pertinente a estos cambios.	X			El área de Aseo bajo el liderazgo del Profesional de Aseo puede realizar las respectivas solicitudes de gestión de cambio, necesidades de requerimientos, y en los documentos de base de la Gestión de Aseo. PM-GAS-PR-01 BARRIDO Y LIMPIEZA V5 PM-GAS-Bl-PL-01 PLAN DE DISTRIBUCIÓN DE RUTAS DE BARRIDO Y ÁREAS DE INTERVENCIÓN V4 PM-GAS-BL-PL-02 PLAN DE DISTRIBUCIÓN DE CANASTILLAS DE DISPOSICIÓN DE RESIDUOS V1
8.4.1	**CONTROL DE LOS PROCESOS, PRODUCTOS Y SERVICIOS SUMINISTRADOS EXTERNAMENTE** **Generalidades** • La organización asegura que los procesos, productos y servicios suministrados externamente son conforme a los requisitos. • Se determina los controles a aplicar a los procesos, productos y servicios suministrados externamente. Se determina y aplica criterios para la evaluación, selección, seguimiento del desempeño y la reevaluación	X			La Entidad cuenta con un Manual de Contratación adoptado por la Empresa mediante el Acuerdo 003 de 2008 y sus modificaciones mediante los Acuerdos 009 de 2014 y 003 de 2018 y la Resolución RVP 175 de 2021 y el Procedimiento PA-GC-PR-01 EVALUACIÓN DE PROVEEDORES V4 establecen la metodología para la modalidad contractual y la evaluación del seguimiento de proveedores teniendo en cuenta criterios normativos y técnicos que den a lugar respectivamente.

	de los proveedores externos. Se conserva información documentada de estas actividades				
8.4.3	**Información para los proveedores externos** • La organización comunica a los proveedores externos sus requisitos para los procesos, productos y servicios. • Se comunica la aprobación de productos y servicios, métodos, procesos y equipos, la liberación de productos y servicios. • Se comunica la competencia, incluyendo cualquier calificación requerida de las personas. • Se comunica las interacciones del proveedor externo con la organización. Se comunica el control y seguimiento del desempeño del proveedor externo aplicado por la organización.	X			La Entidad establece el estudio de las propuestas que contenga los requisitos para sus productos y servicios, la Contratación se realiza mediante los estipulado en el Manual de Contratación adoptado por la Empresa mediante el Acuerdo 003 de 2008 y sus modificaciones mediante los Acuerdos 009 de 2014 y 003 de 2018 y la Resolución RVP 175 de 2021. El proveedor seleccionado es contactado por la Entidad; por consiguiente, se selecciona el supervisor del contrato, para llevar a cabo la documentación y el control de proveedor.
8.5.1	**PRODUCCIÓN Y PROVISIÓN DEL SERVICIO Control de la producción y de la provisión del servicio** • Se implementa la producción y provisión del servicio bajo condiciones controladas. • Dispone de información documentada que defina las características de los productos a producir, servicios a prestar, o las actividades a desempeñar. • Dispone de información documentada que defina los resultados a alcanzar. • Se controla la disponibilidad y el uso de recursos de seguimiento y medición adecuados.	X			El área de Aseo implementa su Modelo de Operación por Procesos conforme a los lineamientos del Sistema Integrado de Gestión. Para ello, dispone de la Lista Maestra de Documentación de Gestión Documental, ubicada en la Unidad de Almacenamiento SIG-REGISTROS y SIG-DOCUMENTOS, donde se organiza y controla la información documentada necesaria para la operación del proceso. En cumplimiento del numeral 8.5.1 de la Norma ISO 9001:2015, la prestación del servicio de barrido se desarrolla bajo condiciones controladas, garantizando la eficiencia y uniformidad del servicio: • Personal para Barrido / 15 funcionarios para la actividad • Hojas de Vida de los Carritos de Barrido con seguimiento • Procedimiento de Barrido y Limpieza de Áreas Comunes • Programación de Rutas de Barrido y Lavado de Áreas Comunes

	• Se controla la implementación de actividades de seguimiento y medición en las etapas apropiadas. • Se controla el uso de la infraestructura y el entorno adecuado para la operación de los procesos. • Se controla la designación de personas competentes. Se controla la validación y revalidación periódica de la capacidad para alcanzar los resultados planificados. Se controla la implementación de acciones para prevenir los errores humanos. Se controla la implementación de actividades de liberación, entrega y posteriores a la entrega.				• Plan de Distribución de Rutas de Barrido y Áreas de Intervención • Informes Trimestrales para dar cumplimiento al PGIRS • Indicadores IOCA para la medición del servicio de barrido • Reporte del Sistema Único de Información SUI • Auditoría Externa de Gestión y Resultados en cumplimiento normativo a la SSPD
8.5.2	**Identificación y trazabilidad** • La organización utiliza medios apropiados para identificar las salidas de los productos y servicios. • Identifica el estado de las salidas con respecto a los requisitos. Se conserva información documentada para permitir la trazabilidad.	X			El área de Aseo / Barrido cuenta con el Plan PM-GAS-Bl-PL-01 PLAN DE DISTRIBUCIÓN DE RUTAS DE BARRIDO Y ÁREAS DE INTERVENCIÓN V4, el cual se establece la distribución planificada de las Rutas de Barrido en los cuales la Entidad posee el Alcance del servicio, y el Plan PM-GAS-BL-PL-02 PLAN DE DISTRIBUCIÓN DE CANASTILLAS DE DISPOSICIÓN DE RESIDUOS V1, el cual se establece la distribución de las canastillas, RUTAS 03-03-2025 a 02-06-2025 RUTAS 03-06-2025 a 31-08-2025 RUTAS 01-09-2025 a 30-11-2025 PM-GAS-Bl-PL-01 PLAN DE DISTRIBUCIÓN DE RUTAS DE BARRIDO Y ÁREAS DE INTERVENCIÓN V4 PM-GAS-BL-PL-02 PLAN DE DISTRIBUCIÓN DE CANASTILLAS DE DISPOSICIÓN DE RESIDUOS V1
8.5.3	**Propiedad perteneciente a los clientes o proveedores externos**	X			La Entidad como cliente interno, salvaguarda la información del área de Aseo, a través del Software SYSMAN. En el Procedimiento PA-GCOM-PR-04 ADMINISTRACIÓN DE DISPOSITIVOS DE REDES Y COMUNICACIONES de la

	• La organización cuida la propiedad de los clientes o proveedores externos mientras está bajo el control de la organización o siendo utilizada por la misma. • Se Identifica, verifica, protege y salvaguarda la propiedad de los clientes o de los proveedores externos suministrada para su utilización o incorporación en los productos y servicios. Se informa al cliente o proveedor externo, cuando su propiedad se pierda, deteriora o de algún otro modo se considere inadecuada para el uso y se conserva la información documentada sobre lo ocurrido.				Gestión de Sistemas y Comunicaciones, se tiene discriminado las actividades de la realización de las copias de información y la seguridad y restricción de la información. Con la creación de la carpeta, permite comprimir toda la información en un disco duro que queda en custodia del Servidor de Sistemas y Comunicaciones y la seguridad de la información permite la creación de una red interna exclusivo para la Entidad para masificar la protección de los datos (información de la Entidad, datos históricos, y demás contendido intangible), se evidencia que para la Vigencia 2024 se realizó el respectivo cargue a la NAS.
8.5.4	**Preservación** La organización preserva las salidas en la producción y prestación del servicio, en la medida necesaria para asegurar la conformidad con los requisitos.	X			Durante la Auditoría Interna, se evidencia que la información del Archivo de Gestión está bajo custodia del Líder y responsables del área.
8.5.5	**Actividades posteriores a la entrega** • Se cumplen los requisitos para las actividades posteriores a la entrega asociadas con los productos y servicios. • Al determinar el alcance de las actividades posteriores a la entrega la organización considero los requisitos legales y reglamentarios. • Se consideran las consecuencias potenciales no deseadas asociadas a sus productos y servicios. • Se considera la naturaleza, el uso y la vida útil prevista de sus productos y servicios. • Considera los requisitos del cliente.	X			La organización cuenta con mecanismos de control que permiten evidenciar el cumplimiento de los requisitos del servicio de Aseo / Barrido. Para ello, se dispone de evidencias fotográficas tomadas durante los recorridos diarios, las cuales se envían a través del medio digital autorizado, WhatsApp, garantizando la trazabilidad y el registro oportuno del estado de las áreas intervenidas. De igual forma, se encuentran definidos los requisitos técnicos y operativos, incluyendo las herramientas de aseo asignadas al personal, las cuales poseen una frecuencia de cambio mensual que permite asegurar la eficiencia en la prestación del servicio y la conformidad con los estándares establecidos. El área de Aseo / Barrido consolida la información documentada exigida por el numeral 8.6 a través de los informes trimestrales del Programa PGIRS liderado por la Secretaría de Planeación.

	Considera la retroalimentación del cliente.				
8.5.6	**Control de cambios** • La organización revisa y controla los cambios en la producción o la prestación del servicio para asegurar la conformidad con los requisitos. • Se conserva información documentada que describa la revisión de los cambios, las personas que autorizan o cualquier acción que surja de la revisión.	X			Se cuenta con el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-04 GESTIÓN DEL CAMBIO V4, el cual establece los lineamientos para planificar los cambios del SIG. La Entidad cuenta con la Matriz PE-SIG-SGC-MT-04 MATRIZ DEL GESTIÓN DE CAMBIO V4. Para el proceso de Gestión de Aseo, se tiene documentando o gestión de planes de acción cambios para el proceso: Implementación del Proceso de Gestión de Mantenimiento que incluya el Plan de Mantenimiento de Equipos Auxiliares (Carritos de aseo).
8.6	**LIBERACIÓN DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS** • La organización implementa las disposiciones planificadas para verificar que se cumplen los requisitos de los productos y servicios. • Se conserva la información documentada sobre la liberación de los productos y servicios. • Existe evidencia de la conformidad con los criterios de aceptación. Existe trazabilidad a las personas que autorizan la liberación.		X		El área de Aseo / Barrido consolidar la información documentada exigida por el numeral 8.6 a través de los informes trimestrales del Programa PGIRS liderado por la Secretaría de Planeación, sin embargo, en necesario fortalecer las evidencias de la conformidad de la actividad de barrido: • Las evidencias fotográficas del recorrido (Evidencias destacables antes y después) • El estado y uso de las herramientas de barrido (Antes y después) • El estado de los carritos (Antes y después)
8.7.1	**CONTROL DE LAS SALIDAS NO CONFORMES** • La organización se asegura que las salidas no conformes con sus requisitos se identifican y se controlan para prevenir su uso o entrega. • La organización toma las acciones adecuadas de acuerdo a la naturaleza de la no conformidad y su efecto sobre la conformidad de los productos y servicios.		X		La Entidad cuenta con el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-06 SALIDAS NO CONFORMES; sin embargo, no se tiene documentado Salidas no Conformes para la respectiva Vigencia, se recomienda Capacitación de Salidas no Conformes.

	• Se verifica la conformidad con los requisitos cuando se corrigen las salidas no conformes. La organización trata las salidas no conformes de una o más maneras				
8.7.2	La organización conserva información documentada que describa la no conformidad, las acciones tomadas, las concesiones obtenidas e identifique la autoridad que decide la acción con respecto a la no conformidad.		X		La Entidad cuenta con el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-06 SALIDAS NO CONFORMES; sin embargo, no se tiene documentado Salidas no Conformes para la respectiva Vigencia, se recomienda Capacitación de Salidas no Conformes.
9.1.1	**EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO SEGUIMIENTO, MEDICIÓN, ANÁLISIS Y EVALUACIÓN Generalidades** • La organización determina que necesita seguimiento y medición. • Determina los métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación para asegurar resultados válidos. • Determina cuando se lleva a cabo el seguimiento y la medición. • Determina cuando analizar y evaluar los resultados del seguimiento y medición. • Evalúa el desempeño y la eficacia del SGC. Conserva información documentada como evidencia de los resultados.		X		La Entidad cuenta con la Matriz PE-GPD-MT-04 MATRIZ HOJA DE VIDA INDICADORES V5 y PE-GPD-MT-06 MATRIZ DE SEGUIMIENTO DE INDICADORES V1 el cual establece los siguientes métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación. Para la Vigencia 2025, se establecen Indicador Operativo y de Calidad Agregado IOCA para la medición de la vigencia 2024 y finalizando posteriormente la vigencia 2025, para dar cumplimiento a las compilaciones normativas de aseo dentro de la Resolución CRA 942 de 2021 La Entidad cuenta con el Procedimiento PA-GTH-PR-05 EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO LABORAL V4; evidencia las Evaluaciones de Desempeño Laboral del Personal de Barrido del segundo semestre 2024.
9.2.1	**AUDITORIA INTERNA** • La organización lleva a cabo auditorías internas a intervalos planificados.	X			Realizado por el Auditor Interno de Sistemas en Sistemas Integrados de Gestión HSEQ (ISO 9001:2015, 14001:2015, 45001:2018) con enfoque en Responsabilidad Social Empresarial e ISO/IEC 17025:2017, bajo la Dirección de la Oficina de Control Interno como Auditor Líder.

	• Las auditorías proporcionan información sobre el SGC conforme con los requisitos propios de la organización y los requisitos de la NTC ISO 9001:2015. • La organización planifica, establece, implementa y mantiene uno o varios programas de auditoría. • Define los criterios de auditoría y el alcance para cada una. • Selecciona los auditores y lleva a cabo auditorías para asegurar la objetividad y la imparcialidad del proceso. • Asegura que los resultados de las auditorias se informan a la dirección. • Realiza las correcciones y toma las acciones correctivas adecuadas. Conserva información documentada como evidencia de la implementación del programa de auditoría y los resultados.				
9.2.2	La organización debe planificar, establecer, implementar y mantener uno o varios programas de auditoría que incluyan la frecuencia, los métodos, las responsabilidades, los requisitos de planificación y la elaboración de informes, que deben tener en consideración la importancia de los procesos involucrados, los cambios que afecten a la organización y los resultados de las auditorías previas.	X			Realizado por el Auditor Interno de Sistemas en Sistemas Integrados de Gestión HSEQ (ISO 9001:2015, 14001:2015, 45001:2018) con enfoque en Responsabilidad Social Empresarial e ISO/IEC 17025:2017, bajo la Dirección de la Oficina de Control Interno como Auditor Líder.
9.3.1	**REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN Generalidades**	X			La Entidad cuenta con el Informe de Revisión por la Alta Dirección Vigencia 2024 requeridos por normatividad y Entes de Control, cuenta con las Necesidades de Cambio del MIPG / SIG.

	La alta dirección revisa el SGC a intervalos planificados, para asegurar su conveniencia, adecuación, eficacia y alineación continua con la estrategia de la organización.				
9.3.2	**Entradas de la revisión por la dirección** • La alta dirección planifica y lleva a cabo la revisión incluyendo consideraciones sobre el estado de las acciones de las revisiones previas. • Considera los cambios en las cuestiones externas e internas que sean pertinentes al SGC. • Considera la información sobre el desempeño y la eficiencia del SGC. • Considera los resultados de las auditorías. • Considera el desempeño de los proveedores externos. • Considera la adecuación de los recursos. • Considera la eficiencia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y las oportunidades. Se considera las oportunidades de mejora.	X			**ENTRADAS DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN ESTABLECIDOS EN LA VIGENCIA 2024** • Resultados de Auditorías Internas / Verificados / Vigencia 2024 • Política de Calidad / Verificado / Actualizado para Vigencia 2025 • Matriz DOFA / Verificado / Actualizado para Vigencia 2025 • Matriz STAKEHOLDERS / Verificado / Actualizado para Vigencia 2025 • Gestión de Indicadores de Gestión / Actualizado para Vigencia 2025 • No Conformidades / Verificadas / Revisados para Vigencia 2025 • Evaluación de Proveedores / Verificados para la Vigencia 2024 • Adecuación de Recursos del SGC / Plan Anual de Adquisiciones Vigencia 2025 • Gestión de Riesgos y Oportunidades / Actualizado para Vigencia 2025 La Entidad cuenta con el Informe de Revisión por la Alta Dirección Vigencia 2024 requeridos por normatividad y Entes de Control; se tiene documentados acciones de mejora con respeto al Proceso de Barrido (Gestión de Aseo).
9.3.3	**Salidas de la revisión por la dirección** • Las salidas de la revisión incluyen decisiones y acciones relacionadas con oportunidades de mejora. • Incluyen cualquier necesidad de cambio en el SGC. • Incluye las necesidades de recursos.	X			**NECESIDADES DE CAMBIOS DEL MIPG / SGC ESTABLECIDOS PARA LA VIGENCIA 2025** • Cambios que puedan afectar el Sistema de Gestión de Calidad; tal como se estableció en el presente informe de Revisión por la dirección, se establecen como cambios prioritarios para la vigencia 2025: • Recertificación del Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001:2015, con el objetivo de ordenar y gestionar la mejora Continua de la entidad, buscando

	Se conserva información documentada como evidencia de los resultados de las revisiones.				asegurar el cumplimiento de los Requerimientos Legales y generar cumplimiento a las responsabilidades de los funcionarios de la Entidad. • Adecuación, mejora de la infraestructura de la sede de la empresa de servicios públicos RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P. • Implementación del Proceso de Gestión de Mantenimiento que incluya el Plan de Mantenimiento de las Instalaciones, Equipo Automotor, Equipos Auxiliares. • Actualización de las Tablas de Retención Documental, debido a la Reestructuración realizada a partir del 26 de octubre de 2022 • Adecuación de la mejora del Laboratorio de RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P.
10.1	**MEJORA Generalidades** La organización ha determinado y seleccionado las oportunidades de mejora e implementado las acciones necesarias para cumplir con los requisitos del cliente y mejorar su satisfacción.	X			La Entidad cuenta con el Plan de Mejoramiento 2024 SGO con fecha de suscripción del 01 de noviembre de 2024, se identifica para la Gestión de Aseo para el proceso de Barrido 2 No Conformidades, con las acciones a implementar respectivas, soporte de evidencias, metas de cumplimiento, con fecha de inicio – final, responsable y estado de la No Conformidad.
10.2.1	**NO CONFORMIDAD Y ACCIÓN CORRECTIVA** • La organización reacciona ante la no conformidad, toma acciones para controlarla y corregirla. • Evalúa la necesidad de acciones para eliminar las causas de la no conformidad. • Implementa cualquier acción necesaria, ante una no conformidad. • Revisa la eficacia de cualquier acción correctiva tomada. • Actualiza los riesgos y oportunidades de ser necesario.	X			Durante la Auditoría Interna, se realiza la revisión de las No Conformidades del área de Aseo / Barrido: 1. La Entidad cuenta los carritos de barrido para el desarrollo de la actividad de barrido 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 No Conformidad está cerrada.** 2. La Entidad cuenta los carritos de barrido para el desarrollo de la actividad de barrido para las diferentes locaciones y diferentes operaciones; sin embargo, no se evidenciaron trazabilidad de las asignaciones de los carritos de barrido ni

	• Hace cambios al SGC si fuera necesario. Las acciones correctivas son apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas.				inventarios designados con responsables de uso, incumpliendo con el Numeral 8.5.2 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015. **La No Conformidad está cerrada.**
10.2.2	Se conserva información documentada como evidencia de la naturaleza de las no conformidades, cualquier acción tomada y los resultados de la acción correctiva.	X			La Entidad cuenta con el Plan de Mejoramiento 2024 SGO con fecha de suscripción del 01 de noviembre de 2024, se identifica para la Gestión de Aseo 2 No Conformidades, con las acciones a implementar respectivas, soporte de evidencias, metas de cumplimiento, con fecha de inicio – final, responsable y estado de la No Conformidad.
10.3	**MEJORA CONTINUA** • La organización mejora continuamente la conveniencia, adecuación y eficacia del SGC. Considera los resultados del análisis y evaluación, las salidas de la revisión por la dirección, para determinar si hay necesidades u oportunidades de mejora.	X			**NECESIDADES DE CAMBIOS DEL MIPG / SGC** • Cambios que puedan afectar el Sistema de Gestión de Calidad; tal como se estableció en el presente informe de Revisión por la dirección, se establecen como cambios prioritarios para la vigencia 2025: • Recertificación del Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001:2015, con el objetivo de ordenar y gestionar la mejora Continua de la entidad, buscando asegurar el cumplimiento de los Requerimientos Legales y generar cumplimiento a las responsabilidades de los funcionarios de la Entidad. • Adecuación, mejora de la infraestructura de la sede de la empresa de servicios públicos RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P. • Implementación del Proceso de Gestión de Mantenimiento que incluya el Plan de Mantenimiento de las Instalaciones, Equipo Automotor, Equipos Auxiliares. • Actualización de las Tablas de Retención Documental, debido a la Reestructuración realizada a partir del 26 de octubre de 2022 • Adecuación de la mejora del Laboratorio de RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P.

CONFORMIDADES

La Entidad cuenta con la Matriz DOFA ESTRATÉGICA INSTITUCIONAL PE-GPD-MT-02 V4 que establece las cuestiones externas e internas específicamente para el área de Aseo como se establece en el D3: Ausencia del Proceso de Mantenimiento que incluya el Plan de Mantenimiento de las Instalaciones, Equipo Automotor, Equipos Auxiliares (GESTIÓN DE ASEO), cumpliendo con el Numeral 4.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con la MATRIZ DE GRUPOS DE INTERÉS (STAKEHOLDERS) PE-GPD-MT-03 V4 que establece las partes interesadas internas y externas con sus respectivos lineamientos de necesidades y requisitos legales, cumpliendo con el Numeral 4.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con el ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD PE-SIG-SGC-FO-04 V4, cumpliendo con el Numeral 4.3 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con la CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS PE-GPD-CA-01 V3, en el cual establece los procesos necesarios que impactan el SGC, se tiene el Proceso de Gestión de Aseo, donde se tiene definido los proveedores, entradas y salidas en el Ciclo PHVA, cumpliendo con el Numeral 4.4.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con la CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS PE-GPD-CA-01 V3, que se encuentra enlazado por el MAPA DE PROCESOS PE-SIG-SGC-FO-04 V11, cumpliendo con el Numeral 4.4.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Alta Dirección de la Entidad establece compromiso con el SGC, como lo establece en el Plan PE-GPD-PL-01 PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL, describe el cumplimiento a las premisas establecidas en el Sistema de Calidad de la Entidad, Gestión eficaz del Riesgo, la prevención de los riesgos asociados a la Seguridad y Salud en el Trabajo, para prevenir accidentes laborales y enfermedades laborales, promoviendo el mejoramiento continuo de los procesos para contar con los más altos estándares de calidad garantizando la satisfacción del cliente, cumpliendo con el Numeral 5.1.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad establece la Matriz PV-CI-MC-MT-01 MATRIZ GESTIÓN DE RIESGO Y OPORTUNIDADES V4, donde se determinan los riesgos y oportunidades que puedan afectar a la conformidad de los productos y servicios de los procesos con sus acciones de mitigación, evaluación de controles y evidencia de cumplimiento y las oportunidades integrales, cumpliendo con el Numeral 5.1.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con la POLÍTICA SGC PE-SIG-SGC-PO-01 V3, que busca satisfacer las necesidades y expectativas de sus grupos de interés, en los procesos de ACUEDUCTO. ALCANTARILLADO Y ASEO, alineado con el cumplimiento normativo de la competencia técnica de nuestro LABORATORIO DE AGUA POTABLE, asegurando la precisión, imparcialidad y confiabilidad de nuestros resultados en los procesos de tratamiento, garantizando la calidad y seguridad en el consumo de agua potable a nuestros usuarios, generando un servicio público integral de calidad, a través de la gestión eficaz de los riesgos y oportunidades, dando cumplimiento a los requisitos legales y a la Planeación Estratégica; contando con un talento humano competente y comprometido, para así mantener la eficacia y la mejora continua del Sistema de Gestión, cumpliendo con el Numeral 5.2.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con una página web institucional, en el cual se tiene publicado la Política SGC en la página web https://redvitalpaipasaesp.com/informacion-de-entidad/politica-de-calidad-del-sistema-de-la-gestion-de-la-calidad-iso-90012015-red-vital-paipa-s-a-e-s-p/, también se tiene documentado en el Plan PE-GPD-PL-01 PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL, cumpliendo con el Numeral 5.2.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con una estructura organizacional definida para el SGC, como se establece en la Matriz PE-SIG-SGC-MT-03 MATRIZ DE ROLES, RESPONSABILIDADES Y AUTORIDADES V3, cada proceso de la Entidad contiene el responsable con la autoridad para sustentar la información requerida por la Alta Dirección, cumpliendo con el Numeral 5.3 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad establece la Matriz PV-CI-MC-MT-01 MATRIZ GESTIÓN DE RIESGO Y OPORTUNIDADES V4, donde se determinan los riesgos y oportunidades que puedan afectar a la conformidad de los productos y servicios de los procesos con sus acciones de mitigación, evaluación de controles y evidencia de cumplimiento y las oportunidades integrales, cumpliendo con los Numerales 6.1.1 y 6.1.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con los OBJETIVOS DE CALIDAD PE-SIG-SGC-OD-01 V3, que se encuentran contemplados en la Matriz PE-GPD-MT-04 MATRIZ DE INDICADORES Y DESPLIEGUES PE-GPD-MT-05 V5 que se encuentra en Actualización, el cual establece los recursos, los responsables y sus respectivos métodos de medición y desempeño, cumpliendo con los Numerales 6.2.1 y 6.2.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad se cuenta con el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-04 GESTIÓN DEL CAMBIO V4, el cual establece los lineamientos para planificar los cambios del SIG. La Entidad cuenta con la Matriz PE-SIG-SGC-MT-04 MATRIZ DEL GESTIÓN DE CAMBIO V4, cumpliendo con el Numeral 6.3 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad está contenida con una planta de persona 100 funcionarios; 21 administrativos, 17 funcionarios de Acueducto, 14 funcionarios de Alcantarillado, y 43 funcionarios de Aseo para implementación, mantenimiento y mejora continua del SGC, cumpliendo con el Numeral 7.1.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

El área de Aseo está liderada por el Profesional de Aseo, en conjunto con el Profesional de Selección en la Fuente y quince (15) Operarios de Barrido, como se establecen en el Manual de Funciones y Competencias Laborales RD-GD-042, cumpliendo con el Numeral 7.1.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con el Plan PA-GTH-DC-PL-02 PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN V10 y el Plan PA-GTH-DC-PL-05 PLAN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN V4 para definir de manera planificada las estrategias en materia de gestión del conocimiento en la Entidad, cumpliendo con el Numeral 7.1.6 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con el personal idóneo para el direccionamiento del Área de Aseo, se tiene el dominio de la Política de Calidad y los Objetivos de Calidad, cumpliendo con el Numeral 7.3 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad establece el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-01 CONTROL DE INFORMACIÓN DOCUMENTADA V4, con los lineamientos pertinentes a la creación, actualización, identificación, revisión, aprobación, control, protección, distribución, almacenamiento, conservación y disposición de la información documentada requerida por la Entidad y el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-03 MANTENIMIENTO Y CONSERVACIÓN DOCUMENTAL V4 con los contenidos adecuados para la conservación de los documentos de las Listas Maestras de Documentación de la Empresa de Servicios Públicos Domiciliarios Red Vital Paipa S.A. E.S.P., cumpliendo con el Numeral 7.5.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad establece el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-01 CONTROL DE INFORMACIÓN DOCUMENTADA V4, con los lineamientos pertinentes a la creación, actualización, identificación, revisión, aprobación, control, protección, distribución, almacenamiento, conservación y disposición de la información documentada requerida por la Entidad., cumpliendo con el Numeral 7.5.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad establece el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-01 CONTROL DE INFORMACIÓN DOCUMENTADA V4, con los lineamientos pertinentes a la creación, actualización, identificación, revisión, aprobación, control, protección, distribución, almacenamiento, conservación y disposición de la información documentada requerida por la Entidad, cumpliendo con el Numeral 7.5.3.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

El área de Aseo para el Proceso de Barrido cuenta con un (1) procedimiento y dos (2) planes, con sus últimas revisiones y verificaciones acorde la descripción de las actividades del Barrido, a las Rutas de Barrido y ubicación de las canastillas, cumpliendo con el Numeral 8.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad contempla los medios físicos y digitales autorizados para las comunicaciones internas y externas; el área de Aseo establece comunicación de forma verbal y escrita con sus clientes internos y externos por los medios autorizados por la Entidad (celular corporativo), retroalimentación los reclamos del servicio de aseo, cumpliendo con el Numeral 8.2.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con la Matriz PE-GJ-MT-01 MATRIZ DE REQUISITOS LEGALES V3 que documenta los requisitos legales y reglamentarios para dar cumplimiento a la prestación eficiente, segura y conforme de los servicios públicos de acueducto, alcantarillado y aseo, en el marco del Sistema Integrado de Gestión, se tiene establecido la normatividad para Gestión de Aseo, cumpliendo con el Numeral 8.2.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.
El área de Aseo cuenta con el funcionamiento de todos los productos y servicios para suplir las necesidades de los usuarios, cumpliendo con los Numerales 8.2.3.1 y 8.2.3.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

El área de Aseo bajo el liderazgo del Profesional de Aseo puede realizar las respectivas solicitudes de gestión de cambio, cumpliendo con el Numeral 8.2.4 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con un Manual de Contratación adoptado por la Empresa mediante el Acuerdo 003 de 2008 y sus modificaciones mediante los Acuerdos 009 de 2014 y 003 de 2018 y la Resolución RVP 175 de 2021 y el Procedimiento PA-GC-PR-01 EVALUACIÓN DE PROVEEDORES V4 establecen la metodología para la modalidad contractual y la evaluación del seguimiento de proveedores teniendo en cuenta criterios normativos y técnicos que den a lugar respectivamente, cumpliendo con el Numeral 8.4.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad establece el estudio de las propuestas que contenga los requisitos para sus productos y servicios, la Contratación se realiza mediante los estipulado en el Manual de Contratación adoptado por la Empresa mediante el Acuerdo 003 de 2008 y sus modificaciones mediante los Acuerdos 009 de 2014 y 003 de 2018 y la Resolución RVP 175 de 2021. El proveedor seleccionado es contactado por la Entidad; por consiguiente, se selecciona el supervisor del contrato, para llevar a cabo la documentación y el control de proveedor, cumpliendo con el Numeral 8.4.3 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

El área de Aseo implementa su Modelo de Operación por Procesos conforme a los lineamientos del Sistema Integrado de Gestión. Para ello, dispone de la Lista Maestra de Documentación de Gestión Documental, ubicada en la Unidad de Almacenamiento SIG-REGISTROS y SIG-DOCUMENTOS, donde se organiza y controla la información documentada necesaria para la operación del proceso, cumpliendo con el Numeral 8.5.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

El área de Aseo / Barrido cuenta con el Plan PM-GAS-Bl-PL-01 PLAN DE DISTRIBUCIÓN DE RUTAS DE BARRIDO Y ÁREAS DE INTERVENCIÓN V4, el cual se establece la distribución planificada de las Rutas de Barrido en los cuales la Entidad posee el Alcance del servicio, y el Plan PM-GAS-BL-PL-02 PLAN DE DISTRIBUCIÓN DE CANASTILLAS DE DISPOSICIÓN DE RESIDUOS V1, el cual se establece la distribución de las canastillas, cumpliendo con el Numeral 8.5.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad como cliente interno, salvaguarda la información del área de Aseo, a través del Software SYSMAN. En el Procedimiento PA-GCOM-PR-04 ADMINISTRACIÓN DE DISPOSITIVOS DE REDES Y COMUNICACIONES de la Gestión de Sistemas y Comunicaciones, se tiene discriminado las actividades de la realización de las copias de información y la seguridad y restricción de la información. Con la creación de la carpeta, permite comprimir toda la información en un disco duro que queda en custodia del Servidor de Sistemas y Comunicaciones y la seguridad de la información permite la creación de una red interna exclusivo para la Entidad para masificar la protección de los datos (información de la Entidad, datos históricos, y demás contendido intangible), se evidencia que para la Vigencia 2024 se realizó el respectivo cargue a la NAS, cumpliendo con el Numeral 8.5.3 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

Durante la Auditoría Interna, se evidencia que la información del Archivo de Gestión está bajo custodia del Líder y responsables del área, cumpliendo con el Numeral 8.5.4 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

El área de Aseo / Barrido consolida la información documentada exigida por el numeral 8.6 a través de los informes trimestrales del Programa PGIRS liderado por la Secretaría de Planeación, de igual forma, se encuentran definidos los requisitos técnicos y operativos, incluyendo las herramientas de aseo asignadas al personal, las cuales poseen una frecuencia de cambio mensual que permite asegurar la eficiencia en la prestación del servicio y la conformidad con los estándares establecidos, cumpliendo con el Numeral 8.5.5 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001.

La Entidad cuenta con el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-04 GESTIÓN DEL CAMBIO V4, el cual establece los lineamientos para planificar los cambios del SIG. La Entidad cuenta con la Matriz PE-SIG-SGC-MT-04 MATRIZ DEL GESTIÓN DE CAMBIO V4. Para el proceso de Gestión de Aseo, se tiene documentando o gestión de planes de acción cambios para el proceso: Implementación del Proceso de Gestión de Mantenimiento que incluya el Plan de Mantenimiento de Equipos Auxiliares (Carritos de aseo), cumpliendo con el Numeral 8.5.6 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con el Informe de Revisión por la Alta Dirección Vigencia 2024 requeridos por normatividad y Entes de Control, cuenta con las Necesidades de Cambio del MIPG / SIG, cumpliendo con los Numerales 9.3.1, 9.3.2 y 9.3.3 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con el Plan de Mejoramiento 2024 SGO con fecha de suscripción del 01 de noviembre de 2024, se identifica para la Gestión de Aseo para el proceso de Barrido 2 No Conformidades, con las acciones a implementar respectivas, soporte de evidencias, metas de cumplimiento, con fecha de inicio – final, responsable y estado de la No Conformidad, cumpliendo con el Numeral 10.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

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

La Entidad cuenta con el Plan de Mejoramiento 2024 SGO con fecha de suscripción del 01 de noviembre de 2024, se identifica para la Gestión de Aseo para el proceso de Barrido 2 No Conformidades, con las acciones a implementar respectivas, soporte de evidencias, metas de cumplimiento, con fecha de inicio – final, responsable y estado de la No Conformidad, cumpliendo con el Numeral 10.2.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con el Plan de Mejoramiento 2024 SGO con fecha de suscripción del 01 de noviembre de 2024, se identifica para la Gestión de Aseo para el proceso de Barrido 2 No Conformidades, con las acciones a implementar respectivas, soporte de evidencias, metas de cumplimiento, con fecha de inicio – final, responsable y estado de la No Conformidad, cumpliendo con los Numerales 10.2.1 y 10.2.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con el Informe de Revisión por la Alta Dirección Vigencia 2024 requeridos por normatividad y Entes de Control, se tiene proyección de acciones de mejoramiento para la Vigencia 2025 para su ejecución, cumpliendo con el Numeral 10.3 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

OBSERVACIONES

La Entidad cuenta con La Entidad cuenta con Tablas de Retención Documental establecidas en la Resolución RVP 170 de 2021 que permite la organización de la documentación direccionada de las áreas administrativas y operacionales; sin embargo, se evidencia que se están manejando series documentales que no encuentran establecidos, no se encuentra actualizado correctamente las TRD desde la Reestructuración realizada el 26 de octubre de 2022. (Numeral 7.5.3.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015).

El área de Aseo / Barrido consolida la información documentada de la conformidad del servicio a través de los informes trimestrales del Programa PGIRS liderado por la Secretaría de Planeación; sin embargo, es necesario fortalecer las evidencias de la conformidad de la actividad de Barrido: informes soportados con evidencias fotográficas del recorrido (Evidencias destacables antes y después), el estado y uso de las herramientas de aseo (Antes y después), El estado de los carritos (Antes y después) (Numeral 8.6 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015).

La Entidad cuenta con el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-06 SALIDAS NO CONFORMES; sin embargo, no se tiene documentado Salidas no Conformes para la respectiva Vigencia, se recomienda Capacitación de Salidas no Conformes. (Numeral 8.7.1 y 8.7.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015).

La Entidad cuenta con el Procedimiento PA-GTH-PR-05 EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO LABORAL V4; evidencia las Evaluaciones de Desempeño Laboral del personal de Barrido del segundo semestre 2024. (Numeral 9.1.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015).

NO CONFORMIDADES

El cuarto de almacenamiento para los Operarios de Barrido no cuenta con sitios señalizados de los carritos de barrido e inmobiliaria adecuada para el almacenamiento de las herramientas con estanterías, no se cuenta con el Plan de Mantenimiento locativo, el área de trabajo para el Profesional de Aseo no cuenta con la estantería adecuada para el Archivo de Gestión, incumpliendo con el Numeral 7.1.3 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

El cuarto de almacenamiento para los Operarios de Barrido no cuenta controles de humedad, no se tiene controles ambientales, incumpliendo con el Numeral 7.1.4 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

ANDREW MASAMI ASAKURA GARCIA
Profesional del Sistema Integrado de Gestión

C.C. 1.053.605.825
Auditor Interno HSEQ (ISO 9001:2051, ISO 14001:2015, ISO 45001:2015) Enfoque en RSE
Auditor Interno ISO/IEC 17025:2017

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	CORTE A 31 DE OCTUBRE DE 2025
FECHA DE LA AUDITORÍA	27 DE NOVIEMBRE DE 2025
FECHA DE INFORME	10 DE DICIEMBRE DE 2025
NIVEL DE PROCESO	Dependencias
APOYO (Subgerencia General Administrativa)	Gestión de Aseo / Actividad de Ornato
PROCESO / ÁREA AUDITADO	Ornato
PERSONAL AUDITADO	Profesional de Aseo / Personal de Ornato
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 a los criterios seleccionados, los requisitos reglamentarios, contractuales y legales aplicables.
CRITERIOS DE AUDITORÍA	Lista Maestra de Documentación
EQUIPO AUDITOR	Andrew Masami Asakura Garcia

CONTEXTO

Teniendo en cuenta la Circular 026 de 2025 del 10 de junio 2025, emitido por la Oficina de Control Interno, se realiza la Auditoría Interna ISO 9001:2015 y demás normas aplicables al sector de servicios públicos domiciliarios, se ejecuta la Auditoría Interna de Segunda Parte por parte de la Dependencia de Sistema Integrado de Gestión, para dar cumplimiento al Plan Anual de Auditorías Internas como se establece en la Resolución RVP 075 de 2025. La Auditoría Interna esta soportada en base a 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 9, 14, 16 y 19.

9. **Realizar los análisis del cumplimiento de las políticas a cargo de la entidad y proponer mejoras para su adecuada implementación y mejora en la gestión y el desempeño de las entidades públicas.**
14. **Realización de la auditoría interna del sistema integrado de gestión QHSE.**
16. **Revisar y auditar los requisitos para establecer brechas e implementar y surtir en el proceso de certificación 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.**

LISTA DE CHEQUEO ISO 9001:2015					
Numeral	**Requisito**	**Cumplimiento**			**Observaciones**
		C	**OBS**	**NC**	
7.1.2	**Personas** La organización debe determinar y proporcionar las personas necesarias para la implementación eficaz de su sistema de gestión de la calidad y para la operación y control de sus procesos.	X			El área de Aseo está liderada por el Profesional de Aseo, en conjunto con el Profesional de Selección en la Fuente y ocho (8) Operarios de Ornato, como se establecen en el Manual de Funciones y Competencias Laborales RD-GD-042.
7.1.3	**Infraestructura** La organización debe determinar, proporcionar y mantener la infraestructura necesaria para la operación de sus procesos y lograr la conformidad de los productos y servicios.		X		El cuarto de almacenamiento para los Operarios de Ornato cuenta en su interior los lockers y las herramientas para la ejecución de las actividades, cuenta con sitios señalizados e inmobiliaria adecuada para el almacenamiento de las herramientas con estanterías; sin embargo, no se documentado con el Plan de Mantenimiento locativo.
7.1.4	**Ambiente para la operación de los procesos** La organización debe determinar, proporcionar y mantener el ambiente necesario para la operación de sus procesos y para lograr la conformidad de los productos y servicios. NOTA Un ambiente adecuado puede ser una combinación de factores humanos y físicos, tales como: a) Sociales (por ejemplo, no discriminatorio, ambiente tranquilo, libre de conflictos). b) Psicológicos (por ejemplo, reducción del estrés, prevención del síndrome de agotamiento, cuidado de las emociones); c) Físicos (por ejemplo, temperatura, calor, humedad, iluminación, circulación del aire, higiene, ruido).	X			La Entidad cuenta con el Plan PA-GTH-DC-PL-03 PLAN DE BIENESTAR SOCIAL E INCENTIVOS V7, que establece un cronograma de actividades de esparcimiento direccionados bajo el liderazgo de la Subgerencia General Administrativa que garantizan los ambientes sociales y psicosociales conforme de los productos y servicios. La Entidad cuenta con el COCOLAB nombrado recientemente bajo la Resolución RVP 074 de 2025 que garantizan los ambientes sociales y psicosociales conforme de los productos y servicios. El cuarto de almacenamiento de los Operarios de Ornato cuenta con condiciones ambientales apropiadas debido a la presencia de humedad.

	Estos factores pueden diferir sustancialmente dependiendo de los productos y servicios suministrados.				
7.1.6	**Conocimientos de la organización** Ha determinado la organización los conocimientos necesarios para el funcionamiento de sus procesos y el logro de la conformidad de los productos y servicios y, ha implementado un proceso de experiencias adquiridas.	X			La Entidad cuenta con el Plan PA-GTH-DC-PL-02 PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN V10 y el Plan PA-GTH-DC-PL-05 PLAN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN V3 para definir de manera planificada las estrategias en materia de gestión del conocimiento en la Entidad, es necesario la implementación del Procedimiento de Gestión de Conocimiento para determinar la estrategia de conocimiento, el objeto, la fecha de implementación, la estrategia detallada para el proceso, lecciones aprendidas, participantes, responsables, los recursos necesarios, mecanismos de verificación, evidencias de la verificación y fecha de cierre de divulgación.
7.3	**TOMA DE CONCIENCIA** La organización debe asegurarse de que las personas que realizan el trabajo bajo el control de la organización tomen conciencia de: a) la política de la calidad; b) los objetivos de la calidad pertinentes; c) su contribución a la eficacia del sistema de gestión de la calidad, incluidos los beneficios de una mejora del desempeño; d) las implicaciones del incumplimiento de los requisitos del sistema de gestión de la calidad.	X			La Entidad cuenta con el personal idóneo para el direccionamiento del Área de Aseo, se tiene el dominio de la Política de Calidad y los Objetivos de Calidad.
7.5.1	**INFORMACIÓN DOCUMENTADA** **Generalidades** Se ha establecido la información documentada requerida por la norma y necesaria para la implementación y funcionamiento eficaces del SGC.	X			La Entidad establece el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-01 CONTROL DE INFORMACIÓN DOCUMENTADA V4, con los lineamientos pertinentes a la creación, actualización, identificación, revisión, aprobación, control, protección, distribución, almacenamiento, conservación y disposición de la información documentada requerida por la Entidad y el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-03 MANTENIMIENTO Y CONSERVACIÓN DOCUMENTAL V4 con los contenidos adecuados para la conservación de los documentos de las Listas Maestras de Documentación de la Empresa de Servicios Públicos Domiciliarios Red Vital Paipa S.A. E.S.P., con el fin de protegerla de manejos u acceso inadecuado, así como las condiciones de preservación de los documentos.

7.5.2	**Creación y actualización** Existe una metodología documentada adecuada para la revisión y actualización de documentos.	X			La Entidad establece el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-01 CONTROL DE INFORMACIÓN DOCUMENTADA V4, con los lineamientos pertinentes a la creación, actualización, identificación, revisión, aprobación, control, protección, distribución, almacenamiento, conservación y disposición de la información documentada requerida por la Entidad.
7.5.3.1	**Control de la información documentada** La información documentada requerida por el sistema de gestión de la calidad y por esta Norma Internacional se debe controlar para asegurarse de que: a) esté disponible y sea idónea para su uso, donde y cuando se necesite; b) esté protegida adecuadamente (por ejemplo, contra pérdida de la confidencialidad, uso inadecuado o pérdida de integridad).		X		La Entidad cuenta con Tablas de Retención Documental establecidas en la Resolución RVP 170 de 2021 que permite la organización de la documentación direccionada de las áreas administrativas y operacionales; sin embargo, se están manejando series documentales que no encuentran establecidos, no se encuentra actualizado correctamente las TRD desde la Reestructuración realizada el 26 de octubre de 2022. Cronograma de Intervención de Zonas Verdes ENE-MAR 2025 (Primer Semestre) Cronograma de Intervención de Zonas Verdes ABR-JUN 2025 (Segundo Trimestre) Cronograma de Intervención de Zonas Verdes JUL-SEP 2025 (Tercer Trimestre) Cronograma de Intervención de Zonas Verdes OCT-DIC 2025 (Cuarto Trimestre)
7.5.3.2	Para el control de la información documentada, la organización debe abordar las siguientes actividades, según corresponda: a) distribución, acceso, recuperación y uso; b) almacenamiento y preservación, incluida la preservación de la legibilidad; c) control de cambios (por ejemplo, control de versión); d) conservación y disposición.	X			La Entidad establece el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-01 CONTROL DE INFORMACIÓN DOCUMENTADA V4, con los lineamientos pertinentes a la creación, actualización, identificación, revisión, aprobación, control, protección, distribución, almacenamiento, conservación y disposición de la información documentada requerida por la Entidad.
8.1	**OPERACIÓN / PLANIFICACIÓN Y CONTROL OPERACIONAL** • Se planifican, implementan y controlan los procesos necesarios para cumplir los requisitos para la provisión de servicios. • La salida de esta planificación es adecuada para las operaciones de la organización.	X			Para la Planificación de los procesos de la Entidad, tenemos los siguientes procedimientos y planes: PM-GAS-PR-04 CORTE DE CÉSPED Y PODA DE ÁRBOLES V5 PM-GAS-SDO-PL-01 PLAN DE DISTRIBUCIÓN DE ÁREAS DE INTERVENCIÓN DE CORTE Y CÉSPED V4

	• Se asegura que los procesos contratados externamente estén controlados. Se revisan las consecuencias de los cambios no previstos, tomando acciones para mitigar cualquier efecto adverso.				
8.2.2	**Determinación de los requisitos para los productos y servicios** Se determinan los requisitos legales y reglamentarios para los productos y servicios que se ofrecen y aquellos considerados necesarios para la organización.	X			La Entidad cuenta con la Matriz PE-GJ-MT-01 MATRIZ DE REQUISITOS LEGALES V3 que documenta los requisitos legales y reglamentarios para dar cumplimiento a la prestación eficiente, segura y conforme de los servicios públicos de acueducto, alcantarillado y aseo, en el marco del Sistema Integrado de Gestión, se tiene establecido la normatividad para Gestión de Aseo.
8.2.3.1	**Revisión de los requisitos para los productos y servicios** • La organización se asegura que tiene la capacidad de cumplir los requisitos de los productos y servicios ofrecidos. • La organización revisa los requisitos del cliente antes de comprometerse a suministrar productos y servicios a este • Se confirma los requisitos del cliente antes de la aceptación por parte de estos, cuando no se ha proporcionado información documentada al respecto. Se asegura que se resuelvan las diferencias existentes entre los requisitos del contrato o pedido y los expresados previamente.	X			El área de Aseo Ornato cuenta con el funcionamiento de todos los productos y servicios para suplir las necesidades de los usuarios, como se establecen en los siguientes procedimientos: PM-GAS-PR-04 CORTE DE CÉSPED Y PODA DE ÁRBOLES V5 PM-GAS-SDO-PL-01 PLAN DE DISTRIBUCIÓN DE ÁREAS DE INTERVENCIÓN DE CORTE Y CÉSPED V4
8.2.3.2	Se conserva la información documentada, sobre cualquier requisito nuevo para los servicios.	X			PM-GAS-SDO-FO-01 ÁREAS DE INTERVENCIÓN DE ZONAS VERDES
8.2.4	**Cambios en los requisitos para los productos y servicios**	X			El área de Aseo bajo el liderazgo del Profesional de Aseo puede realizar las respectivas solicitudes de gestión de cambio, necesidades de requerimientos, y en los documentos de base de la Gestión de Aseo.

	Las personas son conscientes de los cambios en los requisitos de los productos y servicios, se modifica la información documentada pertinente a estos cambios.				PM-GAS-PR-04 CORTE DE CÉSPED Y PODA DE ÁRBOLES V5 PM-GAS-SDO-PL-01 PLAN DE DISTRIBUCIÓN DE ÁREAS DE INTERVENCIÓN DE CORTE Y CÉSPED V4
8.5.1	**PRODUCCIÓN Y PROVISIÓN DEL SERVICIO Control de la producción y de la provisión del servicio** • Se implementa la producción y provisión del servicio bajo condiciones controladas. • Dispone de información documentada que defina las características de los productos a producir, servicios a prestar, o las actividades a desempeñar. • Dispone de información documentada que defina los resultados a alcanzar. • Se controla la disponibilidad y el uso de recursos de seguimiento y medición adecuados. • Se controla la implementación de actividades de seguimiento y medición en las etapas apropiadas. • Se controla el uso de la infraestructura y el entorno adecuado para la operación de los procesos. • Se controla la designación de personas competentes. Se controla la validación y revalidación periódica de la capacidad para alcanzar los resultados planificados. Se controla la implementación de acciones para prevenir los errores humanos.	X			El área de Aseo implementa su Modelo de Operación por Procesos conforme a los lineamientos del Sistema Integrado de Gestión. Para ello, dispone de la Lista Maestra de Documentación de Gestión Documental, ubicada en la Unidad de Almacenamiento SIG-REGISTROS y SIG-DOCUMENTOS, donde se organiza y controla la información documentada necesaria para la operación del proceso. En cumplimiento del numeral 8.5.1 de la Norma ISO 9001:2015, la prestación del servicio de ornato se desarrolla bajo condiciones controladas, garantizando la eficiencia y uniformidad del servicio: • Personal para Ornato / 8 funcionarios para la actividad • Hojas de Vida de los Equipos de Ornato con seguimiento • Procedimiento de Corte de Césped y Poda de Árboles • Cronograma de Intervención de Zonas Verdes • Plan de Distribución de Áreas de Intervención de Corte y Césped • Informes Trimestrales para dar cumplimiento al PGIRS • Indicadores IOCA para la medición del servicio de ornato • Reporte del Sistema Único de Información SUI • Auditoría Externa de Gestión y Resultados en cumplimiento normativo a la SSPD

	Se controla la implementación de actividades de liberación, entrega y posteriores a la entrega.				
8.5.2	**Identificación y trazabilidad** • La organización utiliza medios apropiados para identificar las salidas de los productos y servicios. • Identifica el estado de las salidas con respecto a los requisitos. Se conserva información documentada para permitir la trazabilidad.	X			El área de Aseo / Ornato cuenta con el Plan PM-GAS-SDO-PL-01 PLAN DE DISTRIBUCIÓN DE ÁREAS DE INTERVENCIÓN DE CORTE Y CÉSPED V4, el cual se establece la distribución planificada las áreas de intervención de las zonas verdes en los cuales la Entidad posee el Alcance del servicio. Cronograma de Intervención de Zonas Verdes ENE-MAR 2025 Cronograma de Intervención de Zonas Verdes ABR-JUN 2025 Cronograma de Intervención de Zonas Verdes JUL-SEP 2025 Cronograma de Intervención de Zonas Verdes OCT-DIC 2025 PM-GAS-SDO-PL-01 PLAN DE DISTRIBUCIÓN DE ÁREAS DE INTERVENCIÓN DE CORTE Y CÉSPED V4
8.5.3	**Propiedad perteneciente a los clientes o proveedores externos** • La organización cuida la propiedad de los clientes o proveedores externos mientras está bajo el control de la organización o siendo utilizada por la misma. • Se Identifica, verifica, protege y salvaguarda la propiedad de los clientes o de los proveedores externos suministrada para su utilización o incorporación en los productos y servicios. Se informa al cliente o proveedor externo, cuando su propiedad se pierda, deteriora o de algún otro modo se considere inadecuada para el uso y se conserva la información documentada sobre lo ocurrido.	X			La Entidad como cliente interno, salvaguarda la información del área de Aseo, a través del Software SYSMAN. En el Procedimiento PA-GCOM-PR-04 ADMINISTRACIÓN DE DISPOSITIVOS DE REDES Y COMUNICACIONES de la Gestión de Sistemas y Comunicaciones, se tiene discriminado las actividades de la realización de las copias de información y la seguridad y restricción de la información. Con la creación de la carpeta, permite comprimir toda la información en un disco duro que queda en custodia del Servidor de Sistemas y Comunicaciones y la seguridad de la información permite la creación de una red interna exclusivo para la Entidad para masificar la protección de los datos (información de la Entidad, datos históricos, y demás contendido intangible), se evidencia que para la Vigencia 2024 se realizó el respectivo cargue a la NAS.
8.5.4	**Preservación** La organización preserva las salidas en la producción y prestación del servicio, en la medida necesaria para asegurar la conformidad con los requisitos.	X			Durante la Auditoría Interna, se evidencia que la información del Archivo de Gestión está bajo custodia del Líder y responsables del área.

8.5.5	**Actividades posteriores a la entrega** • Se cumplen los requisitos para las actividades posteriores a la entrega asociadas con los productos y servicios. • Al determinar el alcance de las actividades posteriores a la entrega la organización considero los requisitos legales y reglamentarios. • Se consideran las consecuencias potenciales no deseadas asociadas a sus productos y servicios. • Se considera la naturaleza, el uso y la vida útil prevista de sus productos y servicios. • Considera los requisitos del cliente. Considera la retroalimentación del cliente.	X			La organización cuenta con mecanismos de control que permiten evidenciar el cumplimiento de los requisitos del servicio de Aseo / Ornato. Para ello, se dispone de evidencias fotográficas tomadas durante los recorridos diarios, las cuales se envían a través del medio digital autorizado, WhatsApp, garantizando la trazabilidad y el registro oportuno del estado de las áreas intervenidas. De igual forma, se encuentran definidos los requisitos técnicos y operativos, incluyendo las herramientas de aseo asignadas al personal, las cuales poseen una frecuencia de cambio mensual que permite asegurar la eficiencia en la prestación del servicio y la conformidad con los estándares establecidos. El área de Aseo / Ornato consolida la información documentada exigida por el numeral 8.6 a través de los informes trimestrales del Programa PGIRS liderado por la Secretaría de Planeación.
8.5.6	**Control de cambios** • La organización revisa y controla los cambios en la producción o la prestación del servicio para asegurar la conformidad con los requisitos. • Se conserva información documentada que describa la revisión de los cambios, las personas que autorizan o cualquier acción que surja de la revisión.	X			Se cuenta con el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-04 GESTIÓN DEL CAMBIO V4, el cual establece los lineamientos para planificar los cambios del SIG. La Entidad cuenta con la Matriz PE-SIG-SGC-MT-04 MATRIZ DEL GESTIÓN DE CAMBIO V4. Para el proceso de Gestión de Aseo, se tiene documentando o gestión de planes de acción cambios para el proceso: Implementación del Proceso de Gestión de Mantenimiento que incluya el Plan de Mantenimiento de Equipos Auxiliares (Equipos de Ornato).
8.6	**LIBERACIÓN DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS** • La organización implementa las disposiciones planificadas para verificar que se cumplen los requisitos de los productos y servicios.		X		El área de Aseo / Ornato consolidar la información documentada exigida por el numeral 8.6 a través de los informes trimestrales del Programa PGIRS liderado por la Secretaría de Planeación, sin embargo, en necesario fortalecer las evidencias de la conformidad de la actividad de ornato: • Las evidencias fotográficas del recorrido (Evidencias destacables antes y después)

	• Se conserva la información documentada sobre la liberación de los productos y servicios. • Existe evidencia de la conformidad con los criterios de aceptación. Existe trazabilidad a las personas que autorizan la liberación.				• El estado y uso de las herramientas de ornato. • El estado de los equipos de ornato.
8.7.1	**CONTROL DE LAS SALIDAS NO CONFORMES** • La organización se asegura que las salidas no conformes con sus requisitos se identifican y se controlan para prevenir su uso o entrega. • La organización toma las acciones adecuadas de acuerdo a la naturaleza de la no conformidad y su efecto sobre la conformidad de los productos y servicios. • Se verifica la conformidad con los requisitos cuando se corrigen las salidas no conformes. La organización trata las salidas no conformes de una o más maneras		X		La Entidad cuenta con el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-06 SALIDAS NO CONFORMES; sin embargo, no se tiene documentado Salidas no Conformes para la respectiva Vigencia, se recomienda Capacitación de Salidas no Conformes.
8.7.2	La organización conserva información documentada que describa la no conformidad, las acciones tomadas, las concesiones obtenidas e identifique la autoridad que decide la acción con respecto a la no conformidad.		X		La Entidad cuenta con el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-06 SALIDAS NO CONFORMES; sin embargo, no se tiene documentado Salidas no Conformes para la respectiva Vigencia, se recomienda Capacitación de Salidas no Conformes.
9.1.1	**EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO SEGUIMIENTO, MEDICIÓN, ANÁLISIS Y EVALUACIÓN Generalidades** • La organización determina que necesita seguimiento y medición.		X		La Entidad cuenta con la Matriz PE-GPD-MT-04 MATRIZ HOJA DE VIDA INDICADORES V5 y PE-GPD-MT-06 MATRIZ DE SEGUIMIENTO DE INDICADORES V1 el cual establece los siguientes métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación. Para la Vigencia 2025, se establecen Indicador Operativo y de Calidad Agregado IOCA para la medición de la vigencia 2024 y finalizando posteriormente la vigencia 2025, para dar cumplimiento a las compilaciones normativas de aseo dentro de la Resolución CRA 942 de 2021

	• Determina los métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación para asegurar resultados válidos. • Determina cuando se lleva a cabo el seguimiento y la medición. • Determina cuando analizar y evaluar los resultados del seguimiento y medición. • Evalúa el desempeño y la eficacia del SGC. Conserva información documentada como evidencia de los resultados.				La Entidad cuenta con el Procedimiento PA-GTH-PR-05 EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO LABORAL V4; evidencia las Evaluaciones de Desempeño Laboral del Personal de Ornato del segundo semestre 2024.
9.2.1	**AUDITORIA INTERNA** • La organización lleva a cabo auditorías internas a intervalos planificados. • Las auditorías proporcionan información sobre el SGC conforme con los requisitos propios de la organización y los requisitos de la NTC ISO 9001:2015. • La organización planifica, establece, implementa y mantiene uno o varios programas de auditoría. • Define los criterios de auditoría y el alcance para cada una. • Selecciona los auditores y lleva a cabo auditorías para asegurar la objetividad y la imparcialidad del proceso.	X			Realizado por el Auditor Interno de Sistemas en Sistemas Integrados de Gestión HSEQ (ISO 9001:2015, 14001:2015, 45001:2018) con enfoque en Responsabilidad Social Empresarial e ISO/IEC 17025:2017, bajo la Dirección de la Oficina de Control Interno como Auditor Líder.

	• Asegura que los resultados de las auditorias se informan a la dirección. • Realiza las correcciones y toma las acciones correctivas adecuadas. Conserva información documentada como evidencia de la implementación del programa de auditoría y los resultados.				
9.2.2	La organización debe planificar, establecer, implementar y mantener uno o varios programas de auditoría que incluyan la frecuencia, los métodos, las responsabilidades, los requisitos de planificación y la elaboración de informes, que deben tener en consideración la importancia de los procesos involucrados, los cambios que afecten a la organización y los resultados de las auditorías previas.	X			Realizado por el Auditor Interno de Sistemas en Sistemas Integrados de Gestión HSEQ (ISO 9001:2015, 14001:2015, 45001:2018) con enfoque en Responsabilidad Social Empresarial e ISO/IEC 17025:2017, bajo la Dirección de la Oficina de Control Interno como Auditor Líder.
9.3.1	**REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN Generalidades** La alta dirección revisa el SGC a intervalos planificados, para asegurar su conveniencia, adecuación, eficacia y alineación continua con la estrategia de la organización.		X		La Entidad cuenta con el Informe de Revisión por la Alta Dirección Vigencia 2024 requeridos por normatividad y Entes de Control, cuenta con las Necesidades de Cambio del MIPG / SIG.
9.3.2	**Entradas de la revisión por la dirección** • La alta dirección planifica y lleva a cabo la revisión incluyendo consideraciones sobre el estado de las acciones de las revisiones previas. • Considera los cambios en las cuestiones externas e internas que sean pertinentes al SGC. • Considera la información sobre el desempeño y la eficiencia del SGC. • Considera los resultados de las auditorías.	X			**ENTRADAS DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN ESTABLECIDOS EN LA VIGENCIA 2024** • Resultados de Auditorías Internas / Verificados / Vigencia 2024 • Política de Calidad / Verificado / Actualizado para Vigencia 2025 • Matriz DOFA / Verificado / Actualizado para Vigencia 2025 • Matriz STAKEHOLDERS / Verificado / Actualizado para Vigencia 2025 • Gestión de Indicadores de Gestión / Actualizado para Vigencia 2025 • No Conformidades / Verificadas / Revisados para Vigencia 2025 • Evaluación de Proveedores / Verificados para la Vigencia 2024 • Adecuación de Recursos del SGC / Plan Anual de Adquisiciones Vigencia 2025 • Gestión de Riesgos y Oportunidades / Actualizado para Vigencia 2025

	• Considera el desempeño de los proveedores externos. • Considera la adecuación de los recursos. • Considera la eficiencia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y las oportunidades. Se considera las oportunidades de mejora.				La Entidad cuenta con el Informe de Revisión por la Alta Dirección Vigencia 2024 requeridos por normatividad y Entes de Control; se tiene documentados acciones de mejora con respeto al Proceso de Ornato (Gestión de Aseo).
9.3.3	**Salidas de la revisión por la dirección** • Las salidas de la revisión incluyen decisiones y acciones relacionadas con oportunidades de mejora. • Incluyen cualquier necesidad de cambio en el SGC. • Incluye las necesidades de recursos. Se conserva información documentada como evidencia de los resultados de las revisiones.	X			**NECESIDADES DE CAMBIOS DEL MIPG / SGC ESTABLECIDOS PARA LA VIGENCIA 2025** • Cambios que puedan afectar el Sistema de Gestión de Calidad; tal como se estableció en el presente informe de Revisión por la dirección, se establecen como cambios prioritarios para la vigencia 2025: • Recertificación del Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001:2015, con el objetivo de ordenar y gestionar la mejora Continua de la entidad, buscando asegurar el cumplimiento de los Requerimientos Legales y generar cumplimiento a las responsabilidades de los funcionarios de la Entidad. • Adecuación, mejora de la infraestructura de la sede de la empresa de servicios públicos RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P. • Implementación del Proceso de Gestión de Mantenimiento que incluya el Plan de Mantenimiento de las Instalaciones, Equipo Automotor, Equipos Auxiliares. • Actualización de las Tablas de Retención Documental, debido a la Reestructuración realizada a partir del 26 de octubre de 2022 • Adecuación de la mejora del Laboratorio de RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P.
10.1	**MEJORA Generalidades**	X			La Entidad cuenta con el Plan de Mejoramiento 2024 SGO con fecha de suscripción del 01 de noviembre de 2024, se identifica para la Gestión de Aseo para el proceso de Ornato 2 No Conformidades, con las acciones a implementar respectivas, soporte

	La organización ha determinado y seleccionado las oportunidades de mejora e implementado las acciones necesarias para cumplir con los requisitos del cliente y mejorar su satisfacción.				de evidencias, metas de cumplimiento, con fecha de inicio – final, responsable y estado de la No Conformidad.
10.2.1	**NO CONFORMIDAD Y ACCIÓN CORRECTIVA** • La organización reacciona ante la no conformidad, toma acciones para controlarla y corregirla. • Evalúa la necesidad de acciones para eliminar las causas de la no conformidad. • Implementa cualquier acción necesaria, ante una no conformidad. • Revisa la eficacia de cualquier acción correctiva tomada. • Actualiza los riesgos y oportunidades de ser necesario. • Hace cambios al SGC si fuera necesario. Las acciones correctivas son apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas.	X			Durante la Auditoría Interna, se realiza la revisión de las No Conformidades del área de Aseo / Ornato: 1. La Entidad cuenta los 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 No Conformidad está cerrada.** 2. 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 (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. **La No Conformidad está cerrada.**
10.2.2	Se conserva información documentada como evidencia de la naturaleza de las no conformidades, cualquier acción tomada y los resultados de la acción correctiva.	X			La Entidad cuenta con el Plan de Mejoramiento 2024 SGO con fecha de suscripción del 01 de noviembre de 2024, se identifica para la Gestión de Aseo para el proceso de Ornato 2 No Conformidades, con las acciones a implementar respectivas, soporte de evidencias, metas de cumplimiento, con fecha de inicio – final, responsable y estado de la No Conformidad.
10.3	**MEJORA CONTINUA** • La organización mejora continuamente la conveniencia, adecuación y eficacia del SGC.	X			**NECESIDADES DE CAMBIOS DEL MIPG / SGC** • Cambios que puedan afectar el Sistema de Gestión de Calidad; tal como se estableció en el presente informe de Revisión por la dirección, se establecen como cambios prioritarios para la vigencia 2025:

	Considera los resultados del análisis y evaluación, las salidas de la revisión por la dirección, para determinar si hay necesidades u oportunidades de mejora.				• Recertificación del Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001:2015, con el objetivo de ordenar y gestionar la mejora Continua de la entidad, buscando asegurar el cumplimiento de los Requerimientos Legales y generar cumplimiento a las responsabilidades de los funcionarios de la Entidad. • Adecuación, mejora de la infraestructura de la sede de la empresa de servicios públicos RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P. • Implementación del Proceso de Gestión de Mantenimiento que incluya el Plan de Mantenimiento de las Instalaciones, Equipo Automotor, Equipos Auxiliares. • Actualización de las Tablas de Retención Documental, debido a la Reestructuración realizada a partir del 26 de octubre de 2022 • Adecuación de la mejora del Laboratorio de RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P.

CONFORMIDADES

El área de Aseo está liderada por el Profesional de Aseo, en conjunto con el Profesional de Selección en la Fuente y ocho (8) Operarios de Ornato, como se establecen en el Manual de Funciones y Competencias Laborales RD-GD-042, cumpliendo con el Numeral 7.1.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con el Plan PA-GTH-DC-PL-02 PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN V10 y el Plan PA-GTH-DC-PL-05 PLAN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN V4 para definir de manera planificada las estrategias en materia de gestión del conocimiento en la Entidad, cumpliendo con el Numeral 7.1.6 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con el personal idóneo para el direccionamiento del Área de Aseo, se tiene el dominio de la Política de Calidad y los Objetivos de Calidad, cumpliendo con el Numeral 7.3 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad establece el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-01 CONTROL DE INFORMACIÓN DOCUMENTADA V4, con los lineamientos pertinentes a la creación, actualización, identificación, revisión, aprobación, control, protección, distribución, almacenamiento, conservación y disposición de la información documentada requerida por la Entidad y el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-03 MANTENIMIENTO Y CONSERVACIÓN DOCUMENTAL V4 con los contenidos adecuados para la conservación de los documentos de las Listas Maestras de Documentación de la Empresa de Servicios Públicos Domiciliarios Red Vital Paipa S.A. E.S.P., cumpliendo con el Numeral 7.5.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad establece el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-01 CONTROL DE INFORMACIÓN DOCUMENTADA V4, con los lineamientos pertinentes a la creación, actualización, identificación, revisión, aprobación, control, protección, distribución, almacenamiento, conservación y disposición de la información documentada requerida por la Entidad., cumpliendo con el Numeral 7.5.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad establece el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-01 CONTROL DE INFORMACIÓN DOCUMENTADA V4, con los lineamientos pertinentes a la creación, actualización, identificación, revisión, aprobación, control, protección, distribución, almacenamiento, conservación y disposición de la información documentada requerida por la Entidad, cumpliendo con el Numeral 7.5.3.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

El área de Aseo para el Proceso de Ornato cuenta con un (1) procedimiento y un (1) plan, con sus últimas revisiones y verificaciones acorde la descripción de las actividades del Ornato y las áreas de intervención de zonas verdes, cumpliendo con el Numeral 8.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad contempla los medios físicos y digitales autorizados para las comunicaciones internas y externas; el área de Aseo establece comunicación de forma verbal y escrita con sus clientes internos y externos por los medios autorizados por la Entidad (celular corporativo), retroalimentación los reclamos del servicio de aseo, cumpliendo con el Numeral 8.2.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con la Matriz PE-GJ-MT-01 MATRIZ DE REQUISITOS LEGALES V3 que documenta los requisitos legales y reglamentarios para dar cumplimiento a la prestación eficiente, segura y conforme de los servicios públicos de acueducto, alcantarillado y aseo, en el marco del Sistema Integrado de Gestión, se tiene establecido la normatividad para Gestión de Aseo, cumpliendo con el Numeral 8.2.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

El área de Aseo cuenta con el funcionamiento de todos los productos y servicios para suplir las necesidades de los usuarios, cumpliendo con los Numerales 8.2.3.1 y 8.2.3.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

El área de Aseo bajo el liderazgo del Profesional de Aseo puede realizar las respectivas solicitudes de gestión de cambio, cumpliendo con el Numeral 8.2.4 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

El área de Aseo implementa su Modelo de Operación por Procesos conforme a los lineamientos del Sistema Integrado de Gestión. Para ello, dispone de la Lista Maestra de Documentación de Gestión Documental, ubicada en la Unidad de Almacenamiento SIG-REGISTROS y SIG-DOCUMENTOS, donde se organiza y controla la información documentada necesaria para la operación del proceso, cumpliendo con el Numeral 8.5.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

El área de Aseo / Ornato cuenta con el Plan PM-GAS-SDO-PL-01 PLAN DE DISTRIBUCIÓN DE ÁREAS DE INTERVENCIÓN DE CORTE Y CÉSPED V4, el cual se establece la distribución planificada las áreas de intervención de las zonas verdes en los cuales la Entidad posee el Alcance del servicio, cumpliendo con el Numeral 8.5.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad como cliente interno, salvaguarda la información del área de Aseo, a través del Software SYSMAN. En el Procedimiento PA-GCOM-PR-04 ADMINISTRACIÓN DE DISPOSITIVOS DE REDES Y COMUNICACIONES de la Gestión de Sistemas y Comunicaciones, se tiene discriminado las actividades de la realización de las copias de información y la seguridad y restricción de la información. Con la creación de la carpeta, permite comprimir toda la información en un disco duro que queda en custodia del Servidor de Sistemas y Comunicaciones y la seguridad de la información permite la creación de una red interna exclusivo para la Entidad para masificar la protección de los datos (información de la Entidad, datos históricos, y demás contendido intangible), se evidencia que para la Vigencia 2024 se realizó el respectivo cargue a la NAS, cumpliendo con el Numeral 8.5.3 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

Durante la Auditoría Interna, se evidencia que la información del Archivo de Gestión está bajo custodia del Líder y responsables del área, cumpliendo con el Numeral 8.5.4 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

El área de Aseo / Ornato consolida la información documentada exigida por el numeral 8.6 a través de los informes trimestrales del Programa PGIRS liderado por la Secretaría de Planeación, de igual forma, se encuentran definidos los requisitos técnicos y operativos, incluyendo las herramientas de aseo asignadas al personal, las cuales poseen una frecuencia de cambio mensual que permite asegurar la eficiencia en la prestación del servicio y la conformidad con los estándares establecidos, cumpliendo con el Numeral 8.5.5 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001.

La Entidad cuenta con el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-04 GESTIÓN DEL CAMBIO V4, el cual establece los lineamientos para planificar los cambios del SIG. La Entidad cuenta con la Matriz PE-SIG-SGC-MT-04 MATRIZ DEL GESTIÓN DE CAMBIO V4. Para el proceso de Gestión de Aseo, se tiene documentando o gestión de planes de acción cambios para el proceso: Implementación del Proceso de Gestión de Mantenimiento que incluya el Plan de Mantenimiento de Equipos Auxiliares (Carritos de aseo), cumpliendo con el Numeral 8.5.6 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con el Informe de Revisión por la Alta Dirección Vigencia 2024 requeridos por normatividad y Entes de Control, cuenta con las Necesidades de Cambio del MIPG / SIG, cumpliendo con los Numerales 9.3.1, 9.3.2 y 9.3.3 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con el Plan de Mejoramiento 2024 SGO con fecha de suscripción del 01 de noviembre de 2024, se identifica para la Gestión de Aseo para el proceso de Ornato 2 No Conformidades, con las acciones a implementar respectivas, soporte de evidencias, metas de cumplimiento, con fecha de inicio – final, responsable y estado de la No Conformidad, cumpliendo con el Numeral 10.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con el Plan de Mejoramiento 2024 SGO con fecha de suscripción del 01 de noviembre de 2024, se identifica para la Gestión de Aseo para el proceso de Ornato 2 No Conformidades, con las acciones a implementar respectivas, soporte de evidencias, metas de cumplimiento, con fecha de inicio – final, responsable y estado de la No Conformidad, cumpliendo con los Numerales 10.2.1 y 10.2.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con el Informe de Revisión por la Alta Dirección Vigencia 2024 requeridos por normatividad y Entes de Control, se tiene proyección de acciones de mejoramiento para la Vigencia 2025 para su ejecución, cumpliendo con el Numeral 10.3 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

OBSERVACIONES

El cuarto de almacenamiento para los Operarios de Ornato cuenta en su interior los lockers y las herramientas para la ejecución de las actividades, cuenta con sitios señalizados e inmobiliaria adecuada para el almacenamiento de las herramientas con estanterías; sin embargo, no se documentado con el Plan de Mantenimiento locativo. (Numeral 7.1.3 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015).

La Entidad cuenta con La Entidad cuenta con Tablas de Retención Documental establecidas en la Resolución RVP 170 de 2021 que permite la organización de la documentación direccionada de las áreas administrativas y operacionales; sin embargo, se evidencia que se están manejando series documentales que no encuentran establecidos, no se encuentra actualizado correctamente las TRD desde la Reestructuración realizada el 26 de octubre de 2022. (Numeral 7.5.3.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015).

El área de Aseo / Ornato consolida la información documentada de la conformidad del servicio a través de los informes trimestrales del Programa PGIRS liderado por la Secretaría de Planeación; sin embargo, es necesario

fortalecer las evidencias de la conformidad de la actividad de Ornato: informes soportados con evidencias fotográficas del recorrido (Evidencias destacables antes y después), el estado y uso de las herramientas de aseo (Antes y después), El estado de los carritos (Antes y después) (Numeral 8.6 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015).

La Entidad cuenta con el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-06 SALIDAS NO CONFORMES; sin embargo, no se tiene documentado Salidas no Conformes para la respectiva Vigencia, se recomienda Capacitación de Salidas no Conformes. (Numeral 8.7.1 y 8.7.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015).

La Entidad cuenta con el Procedimiento PA-GTH-PR-05 EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO LABORAL V4; evidencia las Evaluaciones de Desempeño Laboral del Personal de Ornato del segundo semestre 2024. (Numeral 9.1.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015).

ANDREW MASAMI ASAKURA GARCIA
Profesional del Sistema Integrado de Gestión

C.C. 1.053.605.825
Auditor Interno HSEQ (ISO 9001:2051, ISO 14001:2015, ISO 45001:2015) Enfoque en RSE
Auditor Interno ISO/IEC 17025:2017

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	CORTE A 31 DE OCTUBRE DE 2025
FECHA DE LA AUDITORÍA	26 DE NOVIEMBRE DE 2025
FECHA DE INFORME	10 DE DICIEMBRE DE 2025
NIVEL DE PROCESO	Dependencias
MISIONAL (Subgerencia General Operativa)	Gestión de Aseo / Actividad de Recolección
PROCESO / ÁREA AUDITADO	Recolección
PERSONAL AUDITADO	Profesional de Aseo / Personal de Recolección
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 a los criterios seleccionados, los requisitos reglamentarios, contractuales y legales aplicables.
CRITERIOS DE AUDITORÍA	Lista Maestra de Documentación
EQUIPO AUDITOR	Andrew Masami Asakura Garcia

CONTEXTO

Teniendo en cuenta la Circular 026 de 2025 del 10 de junio 2025, emitido por la Oficina de Control Interno, se realiza la Auditoría Interna ISO 9001:2015 y demás normas aplicables al sector de servicios públicos domiciliarios, se ejecuta la Auditoría Interna de Segunda Parte por parte de la Dependencia de Sistema Integrado de Gestión, para dar cumplimiento al Plan Anual de Auditorías Internas como se establece en la Resolución RVP 075 de 2025. La Auditoría Interna esta soportada en base a 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 9, 14, 16 y 19.

9. **Realizar los análisis del cumplimiento de las políticas a cargo de la entidad y proponer mejoras para su adecuada implementación y mejora en la gestión y el desempeño de las entidades públicas.**
14. **Realización de la auditoría interna del sistema integrado de gestión QHSE.**
16. **Revisar y auditar los requisitos para establecer brechas e implementar y surtir en el proceso de certificación 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.**

LISTA DE CHEQUEO ISO 9001:2015

Numeral	Requisito	Cumplimiento C	Cumplimiento OBS	Cumplimiento NC	Observaciones
7.1.2	**Personas** La organización debe determinar y proporcionar las personas necesarias para la implementación eficaz de su sistema de gestión de la calidad y para la operación y control de sus procesos.	X			El área de Aseo está liderada por el Profesional de Aseo, en conjunto con el Profesional de Selección en la Fuente y quince (15) Operarios (Recolección y Conductores, como se establecen en el Manual de Funciones y Competencias Laborales RD-GD-042.
7.1.3	**Infraestructura** La organización debe determinar, proporcionar y mantener la infraestructura necesaria para la operación de sus procesos y lograr la conformidad de los productos y servicios.	X			Durante la Auditoría realizada en campo, se evidencia que el equipo automotor (OCD 421, OCD 454, PIO 319, OCD 413, OLK016, OCD458 y OCD408) cuenta con las cajas de herramientas como lo establece en el Código Nacional de Tránsito, Artículo 30 la ley 769 de 2002, así mismo los botiquines y extintores vigentes para carretera. Se presenta la documentación actualizada: SOAT, Tecnomecánica y licencias. Se tiene documentado las Hojas de Vida PM-GAS-RTRS-FO-10 HOJA DE VIDA DE EQUIPO AUTOMOTOR de cada uno de los vehículos inspeccionados, se tiene relacionado los reportes de mantenimiento preventivo y correctivo, se tiene especificado las frecuencias de revisión. Mantenimiento cambio de aceite, filtros, engrase general - alineación - ajuste de frenos: Cada 10.000 Km Revisión Técnico mecánica: Cada año sincronizar y verificar estado del motor en general: Cada 100.000 Km Cambio de líquido de frenos: Cada 100.000 Km Cambio correa de accesorios: Cada 80.000 Km Ajuste de soportes motor-transmisión y suspensión: Cada 40.000 Km Ajuste y graduación de clutch: Cada 45.000 Km Revisión y engrase de rodamientos - revisión del desgaste de bandas de frenos: Cada 40.000 Km Revisión preventiva y engrase de planchón: Cada 6 meses Cambio de filtro y liquido hidráulico del depósito del planchón: Cada tres años Revisión del estado de la batería, carga: Cada año Se tiene el Plan de Mantenimiento del Equipo Automotor con los ítems de revisión,

					cuenta el Programa de Mantenimiento PE-GPD-PRO-01 V1, el cual se estipula las intervenciones realizadas para la vigencia 2025.
7.1.4	**Ambiente para la operación de los procesos** La organización debe determinar, proporcionar y mantener el ambiente necesario para la operación de sus procesos y para lograr la conformidad de los productos y servicios. NOTA Un ambiente adecuado puede ser una combinación de factores humanos y físicos, tales como: a) Sociales (por ejemplo, no discriminatorio, ambiente tranquilo, libre de conflictos). b) Psicológicos (por ejemplo, reducción del estrés, prevención del síndrome de agotamiento, cuidado de las emociones); c) Físicos (por ejemplo, temperatura, calor, humedad, iluminación, circulación del aire, higiene, ruido). Estos factores pueden diferir sustancialmente dependiendo de los productos y servicios suministrados.	X			La Entidad cuenta con el Plan PA-GTH-DC-PL-03 PLAN DE BIENESTAR SOCIAL E INCENTIVOS V7, que establece un cronograma de actividades de esparcimiento direccionados bajo el liderazgo de la Subgerencia General Administrativa que garantizan los ambientes sociales y psicosociales conforme de los productos y servicios. La Entidad cuenta con el COCOLAB nombrado recientemente bajo la Resolución RVP 074 de 2025 que garantizan los ambientes sociales y psicosociales conforme de los productos y servicios. El Personal de Recolección no cuenta con lockers.
7.1.6	**Conocimientos de la organización** Ha determinado la organización los conocimientos necesarios para el funcionamiento de sus procesos y el logro de la conformidad de los productos y servicios y, ha implementado un proceso de experiencias adquiridas.	X			La Entidad cuenta con el Plan PA-GTH-DC-PL-02 PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN V10 y el Plan PA-GTH-DC-PL-05 PLAN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN V3 para definir de manera planificada las estrategias en materia de gestión del conocimiento en la Entidad, es necesario la implementación del Procedimiento de Gestión de Conocimiento para determinar la estrategia de conocimiento, el objeto, la fecha de implementación, la estrategia detallada para el proceso, lecciones aprendidas, participantes, responsables, los recursos necesarios, mecanismos de verificación, evidencias de la verificación y fecha de cierre de divulgación.
7.3	**TOMA DE CONCIENCIA** La organización debe asegurarse de que las personas	X			La Entidad cuenta con el personal idóneo para el direccionamiento del Área de Aseo, se tiene el dominio de la Política de Calidad y los Objetivos de Calidad.

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

	que realizan el trabajo bajo el control de la organización tomen conciencia de: a) la política de la calidad; b) los objetivos de la calidad pertinentes; c) su contribución a la eficacia del sistema de gestión de la calidad, incluidos los beneficios de una mejora del desempeño; d) las implicaciones del incumplimiento de los requisitos del sistema de gestión de la calidad.				
7.5.1	**INFORMACIÓN DOCUMENTADA** **Generalidades** Se ha establecido la información documentada requerida por la norma y necesaria para la implementación y funcionamiento eficaces del SGC.	X			La Entidad establece el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-01 CONTROL DE INFORMACIÓN DOCUMENTADA V4, con los lineamientos pertinentes a la creación, actualización, identificación, revisión, aprobación, control, protección, distribución, almacenamiento, conservación y disposición de la información documentada requerida por la Entidad y el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-03 MANTENIMIENTO Y CONSERVACIÓN DOCUMENTAL V4 con los contenidos adecuados para la conservación de los documentos de las Listas Maestras de Documentación de la Empresa de Servicios Públicos Domiciliarios Red Vital Paipa S.A. E.S.P., con el fin de protegerla de manejos u acceso inadecuado, así como las condiciones de preservación de los documentos.
7.5.2	**Creación y actualización** Existe una metodología documentada adecuada para la revisión y actualización de documentos.	X			La Entidad establece el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-01 CONTROL DE INFORMACIÓN DOCUMENTADA V4, con los lineamientos pertinentes a la creación, actualización, identificación, revisión, aprobación, control, protección, distribución, almacenamiento, conservación y disposición de la información documentada requerida por la Entidad.
7.5.3.1	**Control de la información documentada** La información documentada requerida por el sistema de gestión de la calidad y por esta Norma Internacional se debe controlar para asegurarse de que: a) esté disponible y sea idónea para su uso, donde y cuando se necesite; b) esté protegida adecuadamente (por ejemplo, contra		X		La Entidad cuenta con Tablas de Retención Documental establecidas en la Resolución RVP 170 de 2021 que permite la organización de la documentación direccionada de las áreas administrativas y operacionales; sin embargo, se están manejando series documentales que no encuentran establecidos, no se encuentra actualizado correctamente las TRD desde la Reestructuración realizada el 26 de octubre de 2022. Rutas de Recolección 2025 Plano de RUTA LUNES Y JUEVES

	pérdida de la confidencialidad, uso inadecuado o pérdida de integridad).				Plano de RUTA MARTES Y VIERNES Plano de RUTA MIERCOLES Plano de RUTA SABADO
7.5.3.2	Para el control de la información documentada, la organización debe abordar las siguientes actividades, según corresponda: a) distribución, acceso, recuperación y uso; b) almacenamiento y preservación, incluida la preservación de la legibilidad; c) control de cambios (por ejemplo, control de versión); d) conservación y disposición.	X			La Entidad establece el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-01 CONTROL DE INFORMACIÓN DOCUMENTADA V4, con los lineamientos pertinentes a la creación, actualización, identificación, revisión, aprobación, control, protección, distribución, almacenamiento, conservación y disposición de la información documentada requerida por la Entidad.
8.1	**OPERACIÓN / PLANIFICACIÓN Y CONTROL OPERACIONAL** • Se planifican, implementan y controlan los procesos necesarios para cumplir los requisitos para la provisión de servicios. • La salida de esta planificación es adecuada para las operaciones de la organización. • Se asegura que los procesos contratados externamente estén controlados. Se revisan las consecuencias de los cambios no previstos, tomando acciones para mitigar cualquier efecto adverso.	X			Para la Planificación de los procesos de la Entidad, tenemos los siguientes procedimientos y planes: PM-GAS-PR-02 RECOLECCIÓN Y TRANSPORTE PM-GAS-PR-03 DISPOSICIÓN FINAL PM-GAS-PR-05 RECOLECCIÓN, TRANSPORTE Y DISPOSICIÓN DE RESIDUOS SOLIDOS ORGÁNICOS
8.2.2	**Determinación de los requisitos para los productos y servicios** Se determinan los requisitos legales y reglamentarios para los productos y servicios que se ofrecen y aquellos considerados necesarios para la organización.	X			La Entidad cuenta con la Matriz PE-GJ-MT-01 MATRIZ DE REQUISITOS LEGALES V3 que documenta los requisitos legales y reglamentarios para dar cumplimiento a la prestación eficiente, segura y conforme de los servicios públicos de acueducto, alcantarillado y aseo, en el marco del Sistema Integrado de Gestión, se tiene establecido la normatividad para Gestión de Aseo.
8.2.3.1	**Revisión de los requisitos para los productos y**	X			El área de Aseo Recolección cuenta con el funcionamiento de todos los productos y

	servicios • La organización se asegura que tiene la capacidad de cumplir los requisitos de los productos y servicios ofrecidos. • La organización revisa los requisitos del cliente antes de comprometerse a suministrar productos y servicios a este • Se confirma los requisitos del cliente antes de la aceptación por parte de estos, cuando no se ha proporcionado información documentada al respecto. Se asegura que se resuelvan las diferencias existentes entre los requisitos del contrato o pedido y los expresados previamente.				servicios para suplir las necesidades de los usuarios, como se establecen en los siguientes procedimientos: PM-GAS-PR-02 RECOLECCIÓN Y TRANSPORTE PM-GAS-PR-03 DISPOSICIÓN FINAL PM-GAS-PR-05 RECOLECCIÓN, TRANSPORTE Y DISPOSICIÓN DE RESIDUOS SOLIDOS ORGÁNICOS
8.2.3.2	Se conserva la información documentada, sobre cualquier requisito nuevo para los servicios.	X			La información documentada obtenida para el control de los vehículos de Km realizados y del combustible utilizado, se obtiene del Software MyGeoTab, los cuales son reportes digitales (documentos no controlados por el SGC). Reportes de Kilometraje por Vehículo / OCD413, OCD421, OCD454, OLK016 Reportes de Combustible por Kilometro / OCD413, OCD421, OCD454, OLK016
8.2.4	**Cambios en los requisitos para los productos y servicios** Las personas son conscientes de los cambios en los requisitos de los productos y servicios, se modifica la información documentada pertinente a estos cambios.	X			El área de Aseo bajo el liderazgo del Profesional de Aseo puede realizar las respectivas solicitudes de gestión de cambio, necesidades de requerimientos, y en los documentos de base de la Gestión de Aseo. PM-GAS-PR-02 RECOLECCIÓN Y TRANSPORTE PM-GAS-PR-03 DISPOSICIÓN FINAL PM-GAS-PR-05 RECOLECCIÓN, TRANSPORTE Y DISPOSICIÓN DE RESIDUOS SOLIDOS ORGÁNICOS
8.5.1	**PRODUCCIÓN Y PROVISIÓN DEL SERVICIO Control de la producción y de la provisión del servicio** • Se implementa la producción y provisión del servicio	X			El área de Aseo implementa su Modelo de Operación por Procesos conforme a los lineamientos del Sistema Integrado de Gestión. Para ello, dispone de la Lista Maestra de Documentación de Gestión Documental, ubicada en la Unidad de Almacenamiento SIG-REGISTROS y SIG-DOCUMENTOS, donde se organiza y

	bajo condiciones controladas. • Dispone de información documentada que defina las características de los productos a producir, servicios a prestar, o las actividades a desempeñar. • Dispone de información documentada que defina los resultados a alcanzar. • Se controla la disponibilidad y el uso de recursos de seguimiento y medición adecuados. • Se controla la implementación de actividades de seguimiento y medición en las etapas apropiadas. • Se controla el uso de la infraestructura y el entorno adecuado para la operación de los procesos. • Se controla la designación de personas competentes. Se controla la validación y revalidación periódica de la capacidad para alcanzar los resultados planificados. Se controla la implementación de acciones para prevenir los errores humanos. Se controla la implementación de actividades de liberación, entrega y posteriores a la entrega.				controla la información documentada necesaria para la operación del proceso. En cumplimiento del numeral 8.5.1 de la Norma ISO 9001:2015, la prestación del servicio de recolección se desarrolla bajo condiciones controladas, garantizando la eficiencia y uniformidad del servicio: • Personal para Recolección / 15 funcionarios para la actividad • Hojas de Vida del Equipo Automotor con seguimiento • Procedimiento de Recolección y Transporte y Disposición Final • Rutas de Recolección 2025 • Informes Trimestrales para dar cumplimiento al PGIRS • Indicadores IOCA para la medición del servicio de recolección • Reporte del Sistema Único de Información SUI • Auditoría Externa de Gestión y Resultados en cumplimiento normativo a la SSPD
8.5.2	**Identificación y trazabilidad** • La organización utiliza medios apropiados para identificar las salidas de los productos y servicios. • Identifica el estado de las salidas con respecto a los requisitos.	X			El área de Aseo / Recolección cuenta con las Rutas de Recolección 2025, el cual se establece la distribución planificada las zonas de recolección en los cuales la Entidad posee el Alcance del servicio. Rutas de Recolección 2025

	Se conserva información documentada para permitir la trazabilidad.				
8.5.3	**Propiedad perteneciente a los clientes o proveedores externos** • La organización cuida la propiedad de los clientes o proveedores externos mientras está bajo el control de la organización o siendo utilizada por la misma. • Se Identifica, verifica, protege y salvaguarda la propiedad de los clientes o de los proveedores externos suministrada para su utilización o incorporación en los productos y servicios. Se informa al cliente o proveedor externo, cuando su propiedad se pierda, deteriora o de algún otro modo se considere inadecuada para el uso y se conserva la información documentada sobre lo ocurrido.	X			La Entidad como cliente interno, salvaguarda la información del área de Aseo, a través del Software SYSMAN. En el Procedimiento PA-GCOM-PR-04 ADMINISTRACIÓN DE DISPOSITIVOS DE REDES Y COMUNICACIONES de la Gestión de Sistemas y Comunicaciones, se tiene discriminado las actividades de la realización de las copias de información y la seguridad y restricción de la información. Con la creación de la carpeta, permite comprimir toda la información en un disco duro que queda en custodia del Servidor de Sistemas y Comunicaciones y la seguridad de la información permite la creación de una red interna exclusivo para la Entidad para masificar la protección de los datos (información de la Entidad, datos históricos, y demás contendido intangible), se evidencia que para la Vigencia 2024 se realizó el respectivo cargue a la NAS.
8.5.4	**Preservación** La organización preserva las salidas en la producción y prestación del servicio, en la medida necesaria para asegurar la conformidad con los requisitos.	X			Durante la Auditoría Interna, se evidencia que la información del Archivo de Gestión está bajo custodia del Líder y responsables del área.
8.5.5	**Actividades posteriores a la entrega** • Se cumplen los requisitos para las actividades posteriores a la entrega asociadas con los productos y servicios. • Al determinar el alcance de las actividades posteriores a la entrega la organización considero los requisitos legales y reglamentarios. • Se consideran las consecuencias potenciales no	X			La organización cuenta con mecanismos de control que permiten evidenciar el cumplimiento de los requisitos del servicio de Aseo / Recolección. Para ello, se dispone de evidencias fotográficas tomadas durante los recorridos diarios, las cuales se envían a través del medio digital autorizado, WhatsApp, garantizando la trazabilidad y el registro oportuno del estado de las áreas intervenidas. De igual forma, se encuentran definidos los requisitos técnicos y operativos, incluyendo las herramientas de aseo asignadas al personal, las cuales poseen una frecuencia de cambio mensual que permite asegurar la eficiencia en la prestación del servicio y la conformidad con los estándares establecidos.

	deseadas asociadas a sus productos y servicios. • Se considera la naturaleza, el uso y la vida útil prevista de sus productos y servicios. • Considera los requisitos del cliente. Considera la retroalimentación del cliente.				El área de Aseo / Recolección consolida la información documentada exigida por el numeral 8.6 a través de los informes trimestrales del Programa PGIRS liderado por la Secretaría de Planeación.
8.5.6	**Control de cambios** • La organización revisa y controla los cambios en la producción o la prestación del servicio para asegurar la conformidad con los requisitos. • Se conserva información documentada que describa la revisión de los cambios, las personas que autorizan o cualquier acción que surja de la revisión.	X			Se cuenta con el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-04 GESTIÓN DEL CAMBIO V4, el cual establece los lineamientos para planificar los cambios del SIG. La Entidad cuenta con la Matriz PE-SIG-SGC-MT-04 MATRIZ DEL GESTIÓN DE CAMBIO V4. Para el proceso de Gestión de Aseo, se tiene documentando o gestión de planes de acción cambios para el proceso: Implementación del Proceso de Gestión de Mantenimiento que incluya el Plan de Mantenimiento de
8.6	**LIBERACIÓN DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS** • La organización implementa las disposiciones planificadas para verificar que se cumplen los requisitos de los productos y servicios. • Se conserva la información documentada sobre la liberación de los productos y servicios. • Existe evidencia de la conformidad con los criterios de aceptación. Existe trazabilidad a las personas que autorizan la liberación.		X		El área de Aseo / Recolección consolidar la información documentada exigida por el numeral 8.6 a través de los informes trimestrales del Programa PGIRS liderado por la Secretaría de Planeación, sin embargo, en necesario fortalecer las evidencias de la conformidad de la actividad de recolección: • Las evidencias fotográficas del recorrido (Evidencias destacables antes y después) • El estado y uso de los vehículos
8.7.1	**CONTROL DE LAS SALIDAS NO CONFORMES** • La organización se asegura que las salidas no conformes con sus requisitos se identifican y se		X		La Entidad cuenta con el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-06 SALIDAS NO CONFORMES; sin embargo, no se tiene documentado Salidas no Conformes para la respectiva Vigencia, se recomienda Capacitación de Salidas no Conformes.

	controlan para prevenir su uso o entrega. • La organización toma las acciones adecuadas de acuerdo a la naturaleza de la no conformidad y su efecto sobre la conformidad de los productos y servicios. • Se verifica la conformidad con los requisitos cuando se corrigen las salidas no conformes. La organización trata las salidas no conformes de una o más maneras				
8.7.2	La organización conserva información documentada que describa la no conformidad, las acciones tomadas, las concesiones obtenidas e identifique la autoridad que decide la acción con respecto a la no conformidad.		X		La Entidad cuenta con el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-06 SALIDAS NO CONFORMES; sin embargo, no se tiene documentado Salidas no Conformes para la respectiva Vigencia, se recomienda Capacitación de Salidas no Conformes.
9.1.1	**EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO SEGUIMIENTO, MEDICIÓN, ANÁLISIS Y EVALUACIÓN Generalidades** • La organización determina que necesita seguimiento y medición. • Determina los métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación para asegurar resultados válidos. • Determina cuando se lleva a cabo el seguimiento y la medición. • Determina cuando analizar y evaluar los resultados del seguimiento y medición. • Evalúa el desempeño y la eficacia del SGC. Conserva información documentada como evidencia de		X		La Entidad cuenta con la Matriz PE-GPD-MT-04 MATRIZ HOJA DE VIDA INDICADORES V5 y PE-GPD-MT-06 MATRIZ DE SEGUIMIENTO DE INDICADORES V1 el cual establece los siguientes métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación. Para la Vigencia 2025, se establecen Indicador Operativo y de Calidad Agregado IOCA para la medición de la vigencia 2024 y finalizando posteriormente la vigencia 2025, para dar cumplimiento a las compilaciones normativas de aseo dentro de la Resolución CRA 942 de 2021 La Entidad cuenta con el Procedimiento PA-GTH-PR-05 EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO LABORAL V4; evidencia las Evaluaciones de Desempeño Laboral del Personal de Recolección del segundo semestre 2024.

	los resultados.				
9.2.1	**AUDITORIA INTERNA** • La organización lleva a cabo auditorías internas a intervalos planificados. • Las auditorías proporcionan información sobre el SGC conforme con los requisitos propios de la organización y los requisitos de la NTC ISO 9001:2015. • La organización planifica, establece, implementa y mantiene uno o varios programas de auditoría. • Define los criterios de auditoría y el alcance para cada una. • Selecciona los auditores y lleva a cabo auditorías para asegurar la objetividad y la imparcialidad del proceso. • Asegura que los resultados de las auditorias se informan a la dirección. • Realiza las correcciones y toma las acciones correctivas adecuadas. Conserva información documentada como evidencia de la implementación del programa de auditoría y los resultados.	X			Realizado por el Auditor Interno de Sistemas en Sistemas Integrados de Gestión HSEQ (ISO 9001:2015, 14001:2015, 45001:2018) con enfoque en Responsabilidad Social Empresarial e ISO/IEC 17025:2017, bajo la Dirección de la Oficina de Control Interno como Auditor Líder.
9.2.2	La organización debe planificar, establecer, implementar y mantener uno o varios programas de auditoría que incluyan la frecuencia, los métodos, las responsabilidades, los requisitos de planificación y la elaboración de informes, que deben tener en	X			Realizado por el Auditor Interno de Sistemas en Sistemas Integrados de Gestión HSEQ (ISO 9001:2015, 14001:2015, 45001:2018) con enfoque en Responsabilidad Social Empresarial e ISO/IEC 17025:2017, bajo la Dirección de la Oficina de Control Interno como Auditor Líder.

	consideración la importancia de los procesos involucrados, los cambios que afecten a la organización y los resultados de las auditorías previas.				
9.3.1	**REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN Generalidades** La alta dirección revisa el SGC a intervalos planificados, para asegurar su conveniencia, adecuación, eficacia y alineación continua con la estrategia de la organización.		X		La Entidad cuenta con el Informe de Revisión por la Alta Dirección Vigencia 2024 requeridos por normatividad y Entes de Control, cuenta con las Necesidades de Cambio del MIPG / SIG.
9.3.2	**Entradas de la revisión por la dirección** • La alta dirección planifica y lleva a cabo la revisión incluyendo consideraciones sobre el estado de las acciones de las revisiones previas. • Considera los cambios en las cuestiones externas e internas que sean pertinentes al SGC. • Considera la información sobre el desempeño y la eficiencia del SGC. • Considera los resultados de las auditorías. • Considera el desempeño de los proveedores externos. • Considera la adecuación de los recursos. • Considera la eficiencia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y las oportunidades. Se considera las oportunidades de mejora.	X			**ENTRADAS DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN ESTABLECIDOS EN LA VIGENCIA 2024** • Resultados de Auditorías Internas / Verificados / Vigencia 2024 • Política de Calidad / Verificado / Actualizado para Vigencia 2025 • Matriz DOFA / Verificado / Actualizado para Vigencia 2025 • Matriz STAKEHOLDERS / Verificado / Actualizado para Vigencia 2025 • Gestión de Indicadores de Gestión / Actualizado para Vigencia 2025 • No Conformidades / Verificadas / Revisados para Vigencia 2025 • Evaluación de Proveedores / Verificados para la Vigencia 2024 • Adecuación de Recursos del SGC / Plan Anual de Adquisiciones Vigencia 2025 • Gestión de Riesgos y Oportunidades / Actualizado para Vigencia 2025 La Entidad cuenta con el Informe de Revisión por la Alta Dirección Vigencia 2024 requeridos por normatividad y Entes de Control; se tiene documentados acciones de mejora con respeto al Proceso de Recolección (Gestión de Aseo).
9.3.3	**Salidas de la revisión por la dirección** • Las salidas de la revisión incluyen decisiones y acciones relacionadas con oportunidades de mejora.	X			**NECESIDADES DE CAMBIOS DEL MIPG / SGC ESTABLECIDOS PARA LA VIGENCIA 2025** • Cambios que puedan afectar el Sistema de Gestión de Calidad; tal como se

	• Incluyen cualquier necesidad de cambio en el SGC. • Incluye las necesidades de recursos. Se conserva información documentada como evidencia de los resultados de las revisiones.				estableció en el presente informe de Revisión por la dirección, se establecen como cambios prioritarios para la vigencia 2025: • Recertificación del Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001:2015, con el objetivo de ordenar y gestionar la mejora Continua de la entidad, buscando asegurar el cumplimiento de los Requerimientos Legales y generar cumplimiento a las responsabilidades de los funcionarios de la Entidad. • Adecuación, mejora de la infraestructura de la sede de la empresa de servicios públicos RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P. • Implementación del Proceso de Gestión de Mantenimiento que incluya el Plan de Mantenimiento de las Instalaciones, Equipo Automotor, Equipos Auxiliares. • Actualización de las Tablas de Retención Documental, debido a la Reestructuración realizada a partir del 26 de octubre de 2022 • Adecuación de la mejora del Laboratorio de RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P.
10.1	**MEJORA Generalidades** La organización ha determinado y seleccionado las oportunidades de mejora e implementado las acciones necesarias para cumplir con los requisitos del cliente y mejorar su satisfacción.	X			La Entidad cuenta con el Plan de Mejoramiento 2024 SGO con fecha de suscripción del 01 de noviembre de 2024, se identifica para la Gestión de Aseo para el proceso de Recolección 4 No Conformidades, con las acciones a implementar respectivas, soporte de evidencias, metas de cumplimiento, con fecha de inicio – final, responsable y estado de la No Conformidad.
10.2.1	**NO CONFORMIDAD Y ACCIÓN CORRECTIVA** • La organización reacciona ante la no conformidad, toma acciones para controlarla y corregirla. • Evalúa la necesidad de acciones para eliminar las causas de la no conformidad. • Implementa cualquier acción necesaria, ante una no conformidad.			X	Durante la Auditoría Interna, se realiza la revisión de las No Conformidades del área de Aseo / Recolección: 1. La Entidad cuenta 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.

	• Revisa la eficacia de cualquier acción correctiva tomada. • Actualiza los riesgos y oportunidades de ser necesario. • Hace cambios al SGC si fuera necesario. Las acciones correctivas son apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas.				**La No Conformidad está cerrada.** 2. 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 No Conformidad está cerrada.** 3. 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 inspección 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 No Conformidad sigue abierta.** 4. La Entidad cuenta el equipo compactador para el desarrollo de la actividad de recolección para las diferentes locaciones y diferentes operaciones; sin embargo, se no 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. **La No Conformidad sigue abierta.**
10.2.2	Se conserva información documentada como evidencia de la naturaleza de las no conformidades, cualquier acción tomada y los resultados de la acción correctiva.	X			La Entidad cuenta con el Plan de Mejoramiento 2024 SGO con fecha de suscripción del 01 de noviembre de 2024, se identifica para la Gestión de Aseo para el proceso de Recolección 4 No Conformidades, con las acciones a implementar respectivas, soporte de evidencias, metas de cumplimiento, con fecha de inicio – final, responsable y estado de la No Conformidad.
10.3	**MEJORA CONTINUA** • La organización mejora continuamente la conveniencia, adecuación y eficacia del SGC. Considera los resultados del análisis y evaluación, las salidas de la revisión por la dirección, para determinar si hay necesidades u oportunidades de mejora.	X			**NECESIDADES DE CAMBIOS DEL MIPG / SGC** • Cambios que puedan afectar el Sistema de Gestión de Calidad; tal como se estableció en el presente informe de Revisión por la dirección, se establecen como cambios prioritarios para la vigencia 2025: • Recertificación del Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001:2015, con el objetivo de ordenar y gestionar la mejora Continua de la entidad, buscando asegurar el cumplimiento de los Requerimientos Legales y generar cumplimiento a las responsabilidades de los funcionarios de la Entidad. • Adecuación, mejora de la infraestructura de la sede de la empresa de servicios públicos RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P. • Implementación del Proceso de Gestión de Mantenimiento que incluya el Plan de Mantenimiento de las Instalaciones, Equipo Automotor, Equipos Auxiliares. • Actualización de las Tablas de Retención Documental, debido a la Reestructuración realizada a partir del 26 de octubre de 2022 • Adecuación de la mejora del Laboratorio de RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P.

CONFORMIDADES

El área de Aseo está liderada por el Profesional de Aseo, en conjunto con el Profesional de Aseo y (15) Operarios de Recolección y Conductores, como se establecen en el Manual de Funciones y Competencias Laborales RD-GD-042, cumpliendo con el Numeral 7.1.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

Durante la Auditoría realizada en campo, se evidencia que el equipo automotor (OCD 421, OCD 454, PIO 319, OCD 413, OLK016, OCD458 y OCD408) cuenta con las cajas de herramientas como lo establece en el Código Nacional de Tránsito, Artículo 30 la ley 769 de 2002, así mismo los botiquines y extintores vigentes para carretera. Se presenta la documentación actualizada: SOAT, Tecnomecánica y licencias. Se tiene documentado las Hojas de Vida PM-GAS-RTRS-FO-10 HOJA DE VIDA DE EQUIPO AUTOMOTOR de cada uno de los vehículos inspeccionados, se tiene relacionado los reportes de mantenimiento preventivo y correctivo, se tiene especificado las frecuencias de revisión. Se tiene el Plan de Mantenimiento del Equipo Automotor con los ítems de revisión, cuenta el Programa de Mantenimiento PE-GPD-PRO-01 V1, el cual se estipula las intervenciones realizadas para la vigencia 2025, cumpliendo con el Numeral 7.1.3 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con el Plan PA-GTH-DC-PL-03 PLAN DE BIENESTAR SOCIAL E INCENTIVOS V7, que establece un cronograma de actividades de esparcimiento direccionados bajo el liderazgo de la Subgerencia General Administrativa que garantizan los ambientes sociales y psicosociales conforme de los productos y servicios, cuenta con el COCOLAB nombrado recientemente bajo la Resolución RVP 074 de 2025 que garantizan los ambientes sociales y psicosociales conforme de los productos y servicios, cumpliendo con el Numeral 7.1.3 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con el Plan PA-GTH-DC-PL-02 PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN V10 y el Plan PA-GTH-DC-PL-05 PLAN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN V4 para definir de manera planificada las estrategias en materia de gestión del conocimiento en la Entidad, cumpliendo con el Numeral 7.1.6 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con el personal idóneo para el direccionamiento del Área de Aseo, se tiene el dominio de la Política de Calidad y los Objetivos de Calidad, cumpliendo con el Numeral 7.3 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad establece el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-01 CONTROL DE INFORMACIÓN DOCUMENTADA V4, con los lineamientos pertinentes a la creación, actualización, identificación, revisión, aprobación, control, protección, distribución, almacenamiento, conservación y disposición de la información documentada requerida por la Entidad y el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-03 MANTENIMIENTO Y CONSERVACIÓN DOCUMENTAL V4 con los contenidos adecuados para la conservación de los documentos de las Listas Maestras de Documentación de la Empresa de Servicios Públicos Domiciliarios Red Vital Paipa S.A. E.S.P., cumpliendo con el Numeral 7.5.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad establece el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-01 CONTROL DE INFORMACIÓN DOCUMENTADA V4, con los lineamientos pertinentes a la creación, actualización, identificación, revisión, aprobación, control, protección, distribución, almacenamiento, conservación y disposición de la información documentada requerida por la Entidad., cumpliendo con el Numeral 7.5.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad establece el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-01 CONTROL DE INFORMACIÓN DOCUMENTADA V4, con los lineamientos pertinentes a la creación, actualización, identificación, revisión, aprobación, control, protección, distribución, almacenamiento, conservación y disposición de la información documentada requerida por la Entidad, cumpliendo con el Numeral 7.5.3.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

El área de Aseo para el Proceso de Recolección cuenta con tres (3) procedimientos, con sus últimas revisiones y verificaciones acorde la descripción de las actividades del Recolección, cumpliendo con el Numeral 8.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad contempla los medios físicos y digitales autorizados para las comunicaciones internas y externas; el área de Aseo establece comunicación de forma verbal y escrita con sus clientes internos y externos por los medios autorizados por la Entidad (celular corporativo), retroalimentación los reclamos del servicio de aseo, cumpliendo con el Numeral 8.2.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con la Matriz PE-GJ-MT-01 MATRIZ DE REQUISITOS LEGALES V3 que documenta los requisitos legales y reglamentarios para dar cumplimiento a la prestación eficiente, segura y conforme de los servicios públicos de acueducto, alcantarillado y aseo, en el marco del Sistema Integrado de Gestión, se tiene

establecido la normatividad para Gestión de Aseo, cumpliendo con el Numeral 8.2.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

El área de Aseo cuenta con el funcionamiento de todos los productos y servicios para suplir las necesidades de los usuarios, cumpliendo con los Numerales 8.2.3.1 y 8.2.3.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

El área de Aseo bajo el liderazgo del Profesional de Aseo puede realizar las respectivas solicitudes de gestión de cambio, cumpliendo con el Numeral 8.2.4 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

El área de Aseo implementa su Modelo de Operación por Procesos conforme a los lineamientos del Sistema Integrado de Gestión. Para ello, dispone de la Lista Maestra de Documentación de Gestión Documental, ubicada en la Unidad de Almacenamiento SIG-REGISTROS y SIG-DOCUMENTOS, donde se organiza y controla la información documentada necesaria para la operación del proceso, cumpliendo con el Numeral 8.5.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

El área de Aseo / Recolección cuenta con el formato de las Rutas de Recolección PM-GAS-RTRS-FO-02 PROGRAMACIÓN RUTAS DE RECOLECCIÓN, el cual se establece la distribución planificada de las rutas de recolección de los seis (6) días de la semana con sus respectivos mapas, cumpliendo con el Numeral 8.5.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad como cliente interno, salvaguarda la información del área de Aseo, a través del Software SYSMAN. En el Procedimiento PA-GCOM-PR-04 ADMINISTRACIÓN DE DISPOSITIVOS DE REDES Y COMUNICACIONES de la Gestión de Sistemas y Comunicaciones, se tiene discriminado las actividades de la realización de las copias de información y la seguridad y restricción de la información. Con la creación de la carpeta, permite comprimir toda la información en un disco duro que queda en custodia del Servidor de Sistemas y Comunicaciones y la seguridad de la información permite la creación de una red interna exclusivo para la Entidad para masificar la protección de los datos (información de la Entidad, datos históricos, y demás contendido intangible), se evidencia que para la Vigencia 2024 se realizó el respectivo cargue a la NAS, cumpliendo con el Numeral 8.5.3 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

Durante la Auditoría Interna, se evidencia que la información del Archivo de Gestión está bajo custodia del Líder y responsables del área, cumpliendo con el Numeral 8.5.4 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

El área de Aseo / Recolección consolida la información documentada exigida por el numeral 8.6 a través de los informes trimestrales del Programa PGIRS liderado por la Secretaría de Planeación, de igual forma, se encuentran definidos los requisitos técnicos y operativos, incluyendo las rutas realizadas por el equipo compactado, las cuales están determinadas por frecuencias establecidas desde el lunes hasta el sábado que permite asegurar la eficiencia en la prestación del servicio y la conformidad con los estándares establecidos, cumpliendo con el Numeral 8.5.5 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001.

La Entidad cuenta con el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-04 GESTIÓN DEL CAMBIO V4, el cual establece los lineamientos para planificar los cambios del SIG. La Entidad cuenta con la Matriz PE-SIG-SGC-MT-04 MATRIZ DEL GESTIÓN DE CAMBIO V4. Para el proceso de Gestión de Aseo, se tiene documentando o gestión de planes de acción cambios para el proceso: Implementación del Proceso de Gestión de Mantenimiento que incluya el Plan de Mantenimiento de Equipos Auxiliares (Carritos de aseo), cumpliendo con el Numeral 8.5.6 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con el Informe de Revisión por la Alta Dirección Vigencia 2024 requeridos por normatividad y Entes de Control, cuenta con las Necesidades de Cambio del MIPG / SIG, cumpliendo con los Numerales 9.3.1, 9.3.2 y 9.3.3 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con el Plan de Mejoramiento 2024 SGO con fecha de suscripción del 01 de noviembre de 2024, se identifica para la Gestión de Aseo para el proceso de Recolección 4 No Conformidades, con las acciones a implementar respectivas, soporte de evidencias, metas de cumplimiento, con fecha de inicio – final, responsable y estado de la No Conformidad, cumpliendo con el Numeral 10.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con el Plan de Mejoramiento 2024 SGO con fecha de suscripción del 01 de noviembre de 2024, se identifica para la Gestión de Aseo para el proceso de Recolección 4 No Conformidades, con las acciones a implementar respectivas, soporte de evidencias, metas de cumplimiento, con fecha de inicio – final, responsable y estado de la No Conformidad, cumpliendo con el Numeral 10.2.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

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

La Entidad cuenta con el Informe de Revisión por la Alta Dirección Vigencia 2024 requeridos por normatividad y Entes de Control, se tiene proyección de acciones de mejoramiento para la Vigencia 2025 para su ejecución, cumpliendo con el Numeral 10.3 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

OBSERVACIONES

La Entidad cuenta con La Entidad cuenta con Tablas de Retención Documental establecidas en la Resolución RVP 170 de 2021 que permite la organización de la documentación direccionada de las áreas administrativas y operacionales; sin embargo, se evidencia que se están manejando series documentales que no encuentran establecidos, no se encuentra actualizado correctamente las TRD desde la Reestructuración realizada el 26 de octubre de 2022. (Numeral 7.5.3.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015).

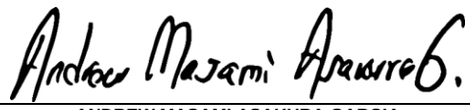
El área de Aseo / Recolección consolida la información documentada de la conformidad del servicio a través de los informes trimestrales del Programa PGIRS liderado por la Secretaría de Planeación; sin embargo, es necesario fortalecer las evidencias de la conformidad de la actividad de Recolección: informes soportados con evidencias fotográficas del recorrido (Evidencias destacables antes y después), el estado y uso de las herramientas de aseo (Antes y después), El estado de los carritos (Antes y después) (Numeral 8.6 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015).

La Entidad cuenta con el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-06 SALIDAS NO CONFORMES; sin embargo, no se tiene documentado Salidas no Conformes para la respectiva Vigencia, se recomienda Capacitación de Salidas no Conformes. (Numeral 8.7.1 y 8.7.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015).

La Entidad cuenta con el Procedimiento PA-GTH-PR-05 EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO LABORAL V4; evidencia las Evaluaciones de Desempeño Laboral del Personal de Recolección y Conductores del segundo semestre 2024. (Numeral 9.1.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015).

NO CONFORMIDADES

La Entidad cuenta con el PV-CI-MC-FO-05 PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL, en el cual se establecen las No Conformidades de los Procesos de la Subgerencia General Operativa; se evidencia que se no se han cerrado todas las No Conformidades respectivas del área de Aseo-Recolección incumpliendo con el Numeral 10.2.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.



ANDREW MASAMI ASAKURA GARCIA
Profesional del Sistema Integrado de Gestión

C.C. 1.053.605.825
Auditor Interno HSEQ (ISO 9001:2051, ISO 14001:2015, ISO 45001:2015) Enfoque en RSE
Auditor Interno ISO/IEC 17025:2017

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	Segundo Semestre 2024 y Primer Semestre 2025
FECHA DE LA AUDITORÍA	19, 20, 21 DE AGOSTO DE 2025 22 y 23 DE SEPTIEMBRE DE 2025
FECHA DE INFORME	23 DE OCTUBRE DE 2025
NIVEL DE PROCESO	Dependencias
APOYO (Subgerencia General Administrativa)	Gestión Comercial, Facturación y PQRSD
PROCESO / ÁREA AUDITADO	Comercial, Facturación y PQRSD
PERSONAL AUDITADO	Profesional de Comercial, Facturación y PQRSD Auxiliar Administrativo de Facturación Auxiliar Administrativo (Ventanilla Única)
OBJETIVOS	
ALCANCE	Criterios seleccionados de a la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015. Solicitud de la información documentada pertinentes a los criterios seleccionados, los requisitos reglamentarios, contractuales y legales aplicables.
CRITERIOS DE AUDITORÍA	Lista Maestra de Documentación
EQUIPO AUDITOR	Andrew Masami Asakura Garcia

CONTEXTO

Teniendo en cuenta la Circular 026 de 2025 del 10 de junio 2025, emitido por la Oficina de Control Interno, se realiza la Auditoría Interna ISO 9001:2015 y demás normas aplicables al sector de servicios públicos domiciliarios, se ejecuta la Auditoría Interna de Segunda Parte por parte de la Dependencia de Sistema Integrado de Gestión, para dar cumplimiento al Plan Anual de Auditorías Internas como se establece en la Resolución RVP 075 de 2025. La Auditoría Interna esta soportada en base a 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 9, 14, 16 y 19.

9. **Realizar los análisis del cumplimiento de las políticas a cargo de la entidad y proponer mejoras para su adecuada implementación y mejora en la gestión y el desempeño de las entidades públicas.**
14. **Realización de la auditoría interna del sistema integrado de gestión QHSE.**
16. **Revisar y auditar los requisitos para establecer brechas e implementar y surtir en el proceso de certificación 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.**

LISTA DE CHEQUEO ISO 9001:2015					
Numeral	**Requisito**	**Cumplimiento**			**Observaciones**
		C	**OBS**	**NC**	
4.1	**CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN** **COMPRENSIÓN DE LA ORGANIZACIÓN Y DE SU CONTEXTO** • La organización determina las cuestiones externas e internas que son pertinentes para el propósito y dirección estratégica. • Se realiza el seguimiento y la revisión de la información sobre estas cuestiones externas e internas. • Se ha determinado las partes interesadas y los requisitos de estas partes interesadas para el sistema de gestión de Calidad. Se realiza el seguimiento y la revisión de la información sobre estas partes interesadas y sus requisitos.	X			La Entidad cuenta con la Matriz DOFA ESTRATÉGICA INSTITUCIONAL PE-GPD-MT-02 V4 que establece las cuestiones externas e internas específicamente.
4.2	**COMPRENSIÓN DE LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LAS PARTES INTERESADAS** • Se ha determinado las partes interesadas y los requisitos de estas partes interesadas para el sistema de gestión de Calidad. Se realiza el seguimiento y la revisión de la información sobre estas partes interesadas y sus requisitos.	X			La Entidad cuenta con la MATRIZ DE GRUPOS DE INTERÉS (STAKEHOLDERS) PE-GPD-MT-03 V4 que establece las partes interesadas internas y externas con sus respectivos lineamientos de necesidades y requisitos legales.
4.3	**DETERMINACIÓN DEL ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD** • El alcance del SGC, se ha determinado según: •	X			La Entidad cuenta con el ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD PE-SIG-SGC-FO-04 V4.

	Procesos operativos, productos y servicios, instalaciones físicas, ubicación geográfica • ¿El alcance del SGC se ha determinado teniendo en cuenta los problemas externos e internos, las partes interesadas y sus productos y servicios? • Se tiene disponible y documentado el alcance del Sistema de Gestión. Se tiene justificado y/o documentado los requisitos (exclusiones) que no son aplicables para el Sistema de Gestión?				
4.4.1	**SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y SUS PROCESOS** • Se tienen identificados los procesos necesarios para el sistema de gestión de la organización Se tienen establecidos los criterios para la gestión de los procesos teniendo en cuenta las responsabilidades, procedimientos, medidas de control e indicadores de desempeño necesarios que permitan la efectiva operación y control de los mismos.	X			La Entidad cuenta con la CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS PE-GPD-CA-01 V3, en el cual establece los procesos necesarios que impactan el SGC, se tiene el Proceso de Gestión Comercial, Facturación y PQRSD, donde se tiene definido los proveedores, entradas y salidas en el Ciclo PHVA.
4.4.2	Se mantiene y conserva información documentada que permita apoyar la operación de estos procesos.	X			La Entidad cuenta con la CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS PE-GPD-CA-01 V3, que se encuentra enlazado por el MAPA DE PROCESOS PE-SIG-SGC-FO-04 V11.
5.1.1	**LIDERAZGO / LIDERAZGO Y COMPROMISO** **Generalidades** Se demuestra responsabilidad por parte de la alta dirección para la eficacia del SGC.	X			La Alta Dirección de la Entidad establece compromiso con el SGC, como lo establece en el Plan PE-GPD-PL-01 PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL V13, describe el cumplimiento a las premisas establecidas en el Sistema de Calidad de la Entidad, Gestión eficaz del Riesgo, la prevención de los riesgos asociados a la Seguridad y Salud en el Trabajo, para prevenir accidentes laborales y enfermedades laborales, promoviendo el mejoramiento continuo de los procesos para contar con los más altos estándares de calidad garantizando la satisfacción del cliente..
5.1.2	**ENFOQUE AL CLIENTE**	X			La Entidad establece la Matriz PV-CI-MC-MT-01 MATRIZ GESTIÓN DE RIESGO Y OPORTUNIDADES V4, donde se determinan los riesgos y oportunidades que

	La gerencia garantiza que los requisitos de los clientes de determinan y se cumplen. Se determinan y consideran los riesgos y oportunidades que puedan afectar a la conformidad de los productos y servicios y a la capacidad de aumentar la satisfacción del cliente				puedan afectar a la conformidad de los productos y servicios de los procesos con sus acciones de mitigación, evaluación de controles y evidencia de cumplimiento y las oportunidades integrales.
5.2.1	**POLÍTICA Establecimiento de la política de la calidad** La política de calidad con la que cuenta actualmente la organización está acorde con los propósitos establecidos.	X			La Entidad cuenta con la POLÍTICA SGC PE-SIG-SGC-PO-01 V3, que busca satisfacer las necesidades y expectativas de sus grupos de interés, en los procesos de ACUEDUCTO. ALCANTARILLADO Y ASEO, alineado con el cumplimiento normativo de la competencia técnica de nuestro LABORATORIO DE AGUA POTABLE, asegurando la precisión, imparcialidad y confiabilidad de nuestros resultados en los procesos de tratamiento, garantizando la calidad y seguridad en el consumo de agua potable a nuestros usuarios, generando un servicio público integral de calidad, a través de la gestión eficaz de los riesgos y oportunidades, dando cumplimiento a los requisitos legales y a la Planeación Estratégica; contando con un talento humano competente y comprometido, para así mantener la eficacia y la mejora continua del Sistema de Gestión.
5.2.2	**Comunicación de la política de la calidad** Se tiene disponible a las partes interesadas, se ha comunicado dentro de la organización.	X			La Entidad cuenta con una página web institucional, en el cual se tiene publicado la Política SGC en la página web https://redvitalpaipasaesp.com/informacion-de-entidad/politica-de-calidad-del-sistema-de-la-gestion-de-la-calidad-iso-90012015-red-vital-paipa-s-a-e-s-p/, también se tiene documentado en el Plan PE-GPD-PL-01 PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL V13.
5.3	**ROLES, RESPONSABILIDADES Y AUTORIDADES EN LA ORGANIZACIÓN** Se han establecido y comunicado las responsabilidades y autoridades para los roles pertinentes en toda la organización.	X			La Entidad cuenta con una estructura organizacional definida para el SGC, como se establece en la Matriz PE-SIG-SGC-MT-03 MATRIZ DE ROLES, RESPONSABILIDADES Y AUTORIDADES V3, cada proceso de la Entidad contiene el responsable con la autoridad para sustentar la información requerida por la Alta Dirección.
6.1.1	**PLANIFICACIÓN / ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES** Se han establecido los riesgos y oportunidades que deben ser abordados para asegurar que el SGC logre los resultados esperados.	X			La Entidad establece la Matriz PV-CI-MC-MT-01 MATRIZ GESTIÓN DE RIESGO Y OPORTUNIDADES V4, donde se determinan los riesgos y oportunidades que puedan afectar a la conformidad de los productos y servicios de los procesos con sus acciones de mitigación, evaluación de controles y evidencia de cumplimiento y las oportunidades integrales.

6.1.2	La organización ha previsto las acciones necesarias para abordar estos riesgos y oportunidades y los ha integrado en los procesos del sistema.	X			La Entidad establece la Matriz PV-CI-MC-MT-01 MATRIZ GESTIÓN DE RIESGO Y OPORTUNIDADES V4, donde se determinan los riesgos y oportunidades que puedan afectar a la conformidad de los productos y servicios de los procesos con sus acciones de mitigación, evaluación de controles y evidencia de cumplimiento y las oportunidades integrales.
6.2.1	**OBJETIVOS DE LA CALIDAD Y PLANIFICACIÓN PARA LOGRARLOS** ¿Qué acciones se han planificado para el logro de los objetivos del SIG-HSEQ, programas de gestión?	X			La Entidad cuenta con los OBJETIVOS DE CALIDAD PE-SIG-SGC-OD-01 V3, que se encuentran contemplados en la Matriz PE-GPD-MT-04 MATRIZ DE INDICADORES Y DESPLIEGUES PE-GPD-MT-04 V4 que se encuentra en Actualización, el cual establece los recursos, los responsables y sus respectivos métodos de medición y desempeño.
6.2.2	Se mantiene información documentada sobre estos objetivos	X			La Entidad cuenta con los OBJETIVOS DE CALIDAD PE-SIG-SGC-OD-01 V3, que se encuentran contemplados en la Matriz de Indicadores y Despliegues PE-GPD-MT-04 V4, el cual establece los recursos, los responsables y sus respectivos métodos de medición y desempeño.
6.3	**PLANIFICACIÓN DE LOS CAMBIOS** Existe un proceso definido para determinar la necesidad de cambios en el SGC y la gestión de su implementación	X			Se cuenta con el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-04 GESTIÓN DEL CAMBIO V4, el cual establece los lineamientos para planificar los cambios del SIG. La Entidad cuenta con la Matriz PE-SIG-SGC-MT-04 MATRIZ DEL GESTIÓN DE CAMBIO V4.
7.1.1	**APOYO / RECURSOS Generalidades** La organización ha determinado y proporcionado los recursos necesarios para el establecimiento, implementación, mantenimiento y mejora continua del SGC (incluidos los requisitos de las personas, medioambientales y de infraestructura).	X			La Entidad está contenida con una planta de persona 100 funcionarios; 21 administrativos, 17 funcionarios de Acueducto, 14 funcionarios de Alcantarillado, y 43 funcionarios de Aseo.
7.1.2	**Personas** La organización debe determinar y proporcionar las personas necesarias para la implementación eficaz de su sistema de gestión de la calidad y para la operación y control de sus procesos.	X			El área de Comercial, Facturación y PQRSD está liderada por el Subgerente General Administrativo y el Profesional de Comercial, Facturación y PQRSD, cuenta con el Auxiliar Administrativo de Facturación y el Auxiliar Administrativo (Ventanilla Única) como se establecen en el Manual de Funciones y Competencias Laborales RD-GD-042.
7.1.3	**Infraestructura** La organización debe determinar, proporcionar y mantener la infraestructura necesaria para la operación			X	El área de Comercial, Facturación y PQRSD no cuenta con la estantería adecuada para el Archivo de Gestión.

	de sus procesos y lograr la conformidad de los productos y servicios.				
7.1.4	**Ambiente para la operación de los procesos** La organización debe determinar, proporcionar y mantener el ambiente necesario para la operación de sus procesos y para lograr la conformidad de los productos y servicios. NOTA Un ambiente adecuado puede ser una combinación de factores humanos y físicos, tales como: a) Sociales (por ejemplo, no discriminatorio, ambiente tranquilo, libre de conflictos). b) Psicológicos (por ejemplo, reducción del estrés, prevención del síndrome de agotamiento, cuidado de las emociones); c) Físicos (por ejemplo, temperatura, calor, humedad, iluminación, circulación del aire, higiene, ruido). Estos factores pueden diferir sustancialmente dependiendo de los productos y servicios suministrados.	X			La Entidad cuenta con el Plan PA-GTH-DC-PL-03 PLAN DE BIENESTAR SOCIAL E INCENTIVOS V7, que establece un cronograma de actividades de esparcimiento direccionados bajo el liderazgo de la Subgerencia General Administrativa que garantizan los ambientes sociales y psicosociales conforme de los productos y servicios. La Entidad cuenta con el COCOLAB nombrado recientemente bajo la Resolución RVP 074 de 2025 que garantizan los ambientes sociales y psicosociales conforme de los productos y servicios. El área de Comercial, Facturación y PQRSD cuenta con inmobiliario adecuado para la Profesional, para el desarrollo de las actividades respectivas.
7.1.6	**Conocimientos de la organización** Ha determinado la organización los conocimientos necesarios para el funcionamiento de sus procesos y el logro de la conformidad de los productos y servicios y, ha implementado un proceso de experiencias adquiridas.	X			La Entidad cuenta con el Plan PA-GTH-DC-PL-02 PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN V10 y el Plan PA-GTH-DC-PL-05 PLAN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN V3 para definir de manera planificada las estrategias en materia de gestión del conocimiento en la Entidad, es necesario la implementación del Procedimiento de Gestión de Conocimiento para determinar la estrategia de conocimiento, el objeto, la fecha de implementación, la estrategia detallada para el proceso, lecciones aprendidas, participantes, responsables, los recursos necesarios, mecanismos de verificación, evidencias de la verificación y fecha de cierre de divulgación.
7.2	**COMPETENCIA** La organización se ha asegurado de que las personas	X			El Área de Comercial, Facturación y PQRSD cuenta con el Profesional de Comercial, Facturación y PQRSD, con el Contrato de Trabajo a Término Fijo de 19 de mayo de 2025, con sus respectivos soportes documentales y competencias de

	que puedan afectar al rendimiento del SGC son competentes en cuestión de una adecuada educación, formación y experiencia, ha adoptado las medidas necesarias para asegurar que puedan adquirir la competencia necesaria				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 Comercial, Facturación y PQRSD cuenta con el Auxiliar Administrativo de Facturación, con el Contrato de Trabajo a Término Fijo de 05 de julio 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 Comercial, Facturación y PQRSD cuenta con el Auxiliar Administrativo de Facturación, con el Contrato de Trabajo a Término Fijo 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.
7.3	**TOMA DE CONCIENCIA** La organización debe asegurarse de que las personas que realizan el trabajo bajo el control de la organización tomen conciencia de: a) la política de la calidad; b) los objetivos de la calidad pertinentes; c) su contribución a la eficacia del sistema de gestión de la calidad, incluidos los beneficios de una mejora del desempeño; d) las implicaciones del incumplimiento de los requisitos del sistema de gestión de la calidad.	X			La Entidad cuenta con el personal idóneo para el direccionamiento del Área de Comercial, Facturación y PQRSD, se tiene el dominio de la Política de Calidad y los Objetivos de Calidad.
7.4	**COMUNICACIÓN** La organización debe determinar las comunicaciones internas y externas pertinentes al sistema de gestión de la calidad, que incluyan: a) qué comunicar; b) cuándo comunicar;	X			Durante la Auditoria a la Profesional de Comercial, Facturación y PQRSD, se evidencia que se mantiene el manejo de la información de forma verbal y escrita, cuenta con trazabilidad de información.

	c) a quién comunicar; d) cómo comunicar; e) quién comunica.				
7.5.1	**INFORMACIÓN DOCUMENTADA** **Generalidades** Se ha establecido la información documentada requerida por la norma y necesaria para la implementación y funcionamiento eficaces del SGC.	X			La Entidad establece el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-01 CONTROL DE INFORMACIÓN DOCUMENTADA V4, con los lineamientos pertinentes a la creación, actualización, identificación, revisión, aprobación, control, protección, distribución, almacenamiento, conservación y disposición de la información documentada requerida por la Entidad y el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-03 MANTENIMIENTO Y CONSERVACIÓN DOCUMENTAL V4 con los contenidos adecuados para la conservación de los documentos de las Listas Maestras de Documentación de la Empresa de Servicios Públicos Domiciliarios Red Vital Paipa S.A. E.S.P., con el fin de protegerla de manejos u acceso inadecuado, así como las condiciones de preservación de los documentos.
7.5.2	**Creación y actualización** Existe una metodología documentada adecuada para la revisión y actualización de documentos.	X			La Entidad establece el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-01 CONTROL DE INFORMACIÓN DOCUMENTADA V4, con los lineamientos pertinentes a la creación, actualización, identificación, revisión, aprobación, control, protección, distribución, almacenamiento, conservación y disposición de la información documentada requerida por la Entidad.
7.5.3.1	**Control de la información documentada** La información documentada requerida por el sistema de gestión de la calidad y por esta Norma Internacional se debe controlar para asegurarse de que: a) esté disponible y sea idónea para su uso, donde y cuando se necesite; b) esté protegida adecuadamente (por ejemplo, contra pérdida de la confidencialidad, uso inadecuado o pérdida de integridad).		X		La Entidad cuenta con Tablas de Retención Documental establecidas en la Resolución RVP 170 de 2021 que permite la organización de la documentación direccionada de las áreas administrativas y operacionales; sin embargo, se están manejando series documentales que no encuentran establecidos, no se encuentra actualizado correctamente las TRD desde la Reestructuración realizada el 26 de octubre de 2022.
7.5.3.2	Para el control de la información documentada, la organización debe abordar las siguientes actividades, según corresponda: a) distribución, acceso, recuperación y uso; b) almacenamiento y preservación, incluida la	X			La Entidad establece el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-01 CONTROL DE INFORMACIÓN DOCUMENTADA V4, con los lineamientos pertinentes a la creación, actualización, identificación, revisión, aprobación, control, protección, distribución, almacenamiento, conservación y disposición de la información documentada requerida por la Entidad.

	preservación de la legibilidad; c) control de cambios (por ejemplo, control de versión); d) conservación y disposición.				
8.1	**OPERACIÓN / PLANIFICACIÓN Y CONTROL OPERACIONAL** • Se planifican, implementan y controlan los procesos necesarios para cumplir los requisitos para la provisión de servicios. • La salida de esta planificación es adecuada para las operaciones de la organización. • Se asegura que los procesos contratados externamente estén controlados. Se revisan las consecuencias de los cambios no previstos, tomando acciones para mitigar cualquier efecto adverso.		X		Para la Planificación del área de Comercial, Facturación y PQRSD, tenemos los siguientes procedimientos: PA-GCFP-PR-01 PQRSD PA-GCFP-PR-02 ACTUALIZACIÓN DE DATOS DE USUARIO PA-GCFP-PR-03 INSCRIPCIÓN NUEVAS MATRÍCULAS PA-GCFP-PR-04 CAMBIO DE MEDIDOR PA-GCFP-PR-05 CAMBIO DE RUTA PA-GCFP-PR-06 CAMBIO DE USO PA-GCFP-PR-07 FACTURACIÓN EN SITIO PA-GCFP-PR-08 RECAUDO PA-GCFP-PR-09 MODIFICACIONES A LA DEUDA PA-GCFP-PR-10 RECONEXIÓN DEL SERVICIO PA-GCFP-PR-11 SUSPENSIÓN DEL SERVICIO PA-GCFP-PR-12 CONEXIONES Y SERVICIOS FRAUDULENTOS PA-GCFP-PR-13 DESINSTALACIÓN DE MEDIDOR Se deben realizar revisión y creación de procedimientos del área, en colaboración con SIG.
8.2.1	**REQUISITOS PARA LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS** **Comunicación con el cliente** • La comunicación con los clientes incluye información relativa a los productos y servicios. • Se obtiene la retroalimentación de los clientes relativa a los productos y servicios, incluyendo las quejas. Se establecen los requisitos específicos para las acciones de contingencia, cuando sea pertinente.	X			La Entidad contempla los medios físicos y digitales autorizados para las comunicaciones internas y externas; se evidencia que el área de Comercial, Facturación y PQRSD encabezado por la líder de proceso, se mantiene el manejo de la información de forma verbal y escrita, los cuales cuentan con trazabilidad de información.
8.2.2	**Determinación de los requisitos para los productos y**	X			La Entidad cuenta con la Matriz de Requisitos Legales que documenta los requisitos

	servicios Se determinan los requisitos legales y reglamentarios para los productos y servicios que se ofrecen y aquellos considerados necesarios para la organización.				legales y reglamentarios para dar cumplimiento a la prestación eficiente, segura y conforme de los servicios públicos de acueducto, alcantarillado y aseo, en el marco del Sistema Integrado de Gestión, se tiene establecido la normatividad para la Gestión Administrativa y Financiera establecido en los Resoluciones, Decretos y Leyes a los cuales se aplican para la Entidad.
8.2.3.1	**Revisión de los requisitos para los productos y servicios** • La organización se asegura que tiene la capacidad de cumplir los requisitos de los productos y servicios ofrecidos. • La organización revisa los requisitos del cliente antes de comprometerse a suministrar productos y servicios a este • Se confirma los requisitos del cliente antes de la aceptación por parte de estos, cuando no se ha proporcionado información documentada al respecto. Se asegura que se resuelvan las diferencias existentes entre los requisitos del contrato o pedido y los expresados previamente.	X			El área de Comercial, Facturación y PQRSD encabezado cuenta con los requisitos para suplir las necesidades de los clientes internos, como se establecen en los siguientes procedimientos: PA-GCFP-PR-01 PQRSD PA-GCFP-PR-02 ACTUALIZACIÓN DE DATOS DE USUARIO PA-GCFP-PR-03 INSCRIPCIÓN NUEVAS MATRÍCULAS PA-GCFP-PR-04 CAMBIO DE MEDIDOR PA-GCFP-PR-05 CAMBIO DE RUTA PA-GCFP-PR-06 CAMBIO DE USO PA-GCFP-PR-07 FACTURACIÓN EN SITIO PA-GCFP-PR-08 RECAUDO PA-GCFP-PR-09 MODIFICACIONES A LA DEUDA PA-GCFP-PR-10 RECONEXIÓN DEL SERVICIO PA-GCFP-PR-11 SUSPENSIÓN DEL SERVICIO PA-GCFP-PR-12 CONEXIONES Y SERVICIOS FRAUDULENTOS PA-GCFP-PR-13 DESINSTALACIÓN DE MEDIDOR
8.2.3.2	Se conserva la información documentada, sobre cualquier requisito nuevo para los servicios.	X			PA-GCFP-PR-01 PQRSD PA-GCFP-PR-02 ACTUALIZACIÓN DE DATOS DE USUARIO PA-GCFP-PR-03 INSCRIPCIÓN NUEVAS MATRÍCULAS PA-GCFP-PR-04 CAMBIO DE MEDIDOR PA-GCFP-PR-05 CAMBIO DE RUTA PA-GCFP-PR-06 CAMBIO DE USO PA-GCFP-PR-07 FACTURACIÓN EN SITIO PA-GCFP-PR-08 RECAUDO PA-GCFP-PR-09 MODIFICACIONES A LA DEUDA PA-GCFP-PR-10 RECONEXIÓN DEL SERVICIO PA-GCFP-PR-11 SUSPENSIÓN DEL SERVICIO PA-GCFP-PR-12 CONEXIONES Y SERVICIOS FRAUDULENTOS

					PA-GCFP-PR-13 DESINSTALACIÓN DE MEDIDOR
8.2.4	**Cambios en los requisitos para los productos y servicios** Las personas son conscientes de los cambios en los requisitos de los productos y servicios, se modifica la información documentada pertinente a estos cambios.	X			El área de Comercial, Facturación y PQRSD encabezado bajo el liderazgo de la Subgerencia General Administrativa puede realizar las respectivas solicitudes de gestión de cambio, necesidades de requerimientos y generación de nuevos procedimientos como se establece en los procedimientos: PA-GCFP-PR-01 PQRSD PA-GCFP-PR-02 ACTUALIZACIÓN DE DATOS DE USUARIO PA-GCFP-PR-03 INSCRIPCIÓN NUEVAS MATRÍCULAS PA-GCFP-PR-04 CAMBIO DE MEDIDOR PA-GCFP-PR-05 CAMBIO DE RUTA PA-GCFP-PR-06 CAMBIO DE USO PA-GCFP-PR-07 FACTURACIÓN EN SITIO PA-GCFP-PR-08 RECAUDO PA-GCFP-PR-09 MODIFICACIONES A LA DEUDA PA-GCFP-PR-10 RECONEXIÓN DEL SERVICIO PA-GCFP-PR-11 SUSPENSIÓN DEL SERVICIO PA-GCFP-PR-12 CONEXIONES Y SERVICIOS FRAUDULENTOS PA-GCFP-PR-13 DESINSTALACIÓN DE MEDIDOR
8.4.1	**CONTROL DE LOS PROCESOS, PRODUCTOS Y SERVICIOS SUMINISTRADOS EXTERNAMENTE** **Generalidades** • La organización asegura que los procesos, productos y servicios suministrados externamente son conforme a los requisitos. • Se determina los controles a aplicar a los procesos, productos y servicios suministrados externamente. Se determina y aplica criterios para la evaluación, selección, seguimiento del desempeño y la reevaluación de los proveedores externos. Se conserva información documentada de estas actividades	X			La Entidad cuenta con un Manual de Contratación adoptado por la Empresa mediante el Acuerdo 003 de 2008 y sus modificaciones mediante los Acuerdos 009 de 2014 y 003 de 2018 y la Resolución RVP 175 de 2021 y el Procedimiento PA-GC-PR-01 EVALUACIÓN DE PROVEEDORES V4 establecen la metodología para la modalidad contractual y la evaluación del seguimiento de proveedores teniendo en cuenta criterios normativos y técnicos que den a lugar respectivamente.

8.4.2	**Tipo de alcance y control** • La organización se asegura que los procesos, productos y servicios suministrados externamente no afectan de manera adversa a la capacidad de la organización de entregar productos y servicios, conformes de manera coherente a sus clientes. • Se definen los controles a aplicar a un proveedor externo y las salidas resultantes. • Considera el impacto potencial de los procesos, productos y servicios suministrados externamente en la capacidad de la organización de cumplir los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables. • Se asegura que los procesos suministrados externamente permanecen dentro del control de su sistema de gestión de la calidad. Se determina la verificación o actividades necesarias para asegurar que los procesos, productos y servicios cumplen con los requisitos.	X			N/A
8.4.3	**Información para los proveedores externos** • La organización comunica a los proveedores externos sus requisitos para los procesos, productos y servicios. • Se comunica la aprobación de productos y servicios, métodos, procesos y equipos, la liberación de productos y servicios. • Se comunica la competencia, incluyendo cualquier	X			La Entidad establece el estudio de las propuestas que contenga los requisitos para sus productos y servicios, la Contratación se realiza mediante los estipulado en el Manual de Contratación adoptado por la Empresa mediante el Acuerdo 003 de 2008 y sus modificaciones mediante los Acuerdos 009 de 2014 y 003 de 2018 y la Resolución RVP 175 de 2021. El proveedor seleccionado es contactado por la Entidad; por consiguiente, se selecciona el supervisor del contrato, para llevar a cabo la documentación y el control de proveedor.

	calificación requerida de las personas. • Se comunica las interacciones del proveedor externo con la organización. Se comunica el control y seguimiento del desempeño del proveedor externo aplicado por la organización.				
8.5.1	**PRODUCCIÓN Y PROVISIÓN DEL SERVICIO Control de la producción y de la provisión del servicio** • Se implementa la producción y provisión del servicio bajo condiciones controladas. • Dispone de información documentada que defina las características de los productos a producir, servicios a prestar, o las actividades a desempeñar. • Dispone de información documentada que defina los resultados a alcanzar. • Se controla la disponibilidad y el uso de recursos de seguimiento y medición adecuados. • Se controla la implementación de actividades de seguimiento y medición en las etapas apropiadas. • Se controla el uso de la infraestructura y el entorno adecuado para la operación de los procesos. • Se controla la designación de personas competentes. Se controla la validación y revalidación periódica de la capacidad para alcanzar los resultados planificados. Se controla la implementación de acciones para prevenir	X			El área de Comercial, Facturación y PQRSD encabezado cuenta como Modelo de Operación por Procesos, la Lista Maestra de Documentación de Gestión Documental que se encuentra ubicado en la Unidad de Almacenamiento SIG-REGISTROS y SIG-DOCUMENTOS.

	los errores humanos. Se controla la implementación de actividades de liberación, entrega y posteriores a la entrega.				
8.5.2	**Identificación y trazabilidad** • La organización utiliza medios apropiados para identificar las salidas de los productos y servicios. • Identifica el estado de las salidas con respecto a los requisitos. Se conserva información documentada para permitir la trazabilidad.	X			El área de Comercial, Facturación y PQRSD cuenta con estanterías para el resguardo de la información establecidas en Archivo Central, el cual se establece la distribución planificada para facilitar el almacenamiento y resguardo de la información.
8.5.3	**Propiedad perteneciente a los clientes o proveedores externos** • La organización cuida la propiedad de los clientes o proveedores externos mientras está bajo el control de la organización o siendo utilizada por la misma. • Se Identifica, verifica, protege y salvaguarda la propiedad de los clientes o de los proveedores externos suministrada para su utilización o incorporación en los productos y servicios. Se informa al cliente o proveedor externo, cuando su propiedad se pierda, deteriora o de algún otro modo se considere inadecuada para el uso y se conserva la información documentada sobre lo ocurrido.	X			La Entidad como cliente interno, salvaguarda la información del área de Comercial, Facturación y PQRSD y Presupuesto, a través del Software SYSMAN. En el Procedimiento PA-GCOM-PR-04 ADMINISTRACIÓN DE DISPOSITIVOS DE REDES Y COMUNICACIONES de la Gestión de Sistemas y Comunicaciones, se tiene discriminado las actividades de la realización de las copias de información y la seguridad y restricción de la información. Con la creación de la carpeta, permite comprimir toda la información en un disco duro que queda en custodia del Servidor de Sistemas y Comunicaciones y la seguridad de la información permite la creación de una red interna exclusivo para la Entidad para masificar la protección de los datos (información de la Entidad, datos históricos, y demás contendido intangible), se evidencia que para la Vigencia 2024 comenzando Vigencia 2025 se realizó el respectivo cargue a la NAS.
8.5.4	**Preservación** La organización preserva las salidas en la producción y prestación del servicio, en la medida necesaria para asegurar la conformidad con los requisitos.	X			Durante la Auditoría Interna, se evidencia que la información del Archivo de Gestión está bajo custodia del Líder y Responsables del área y la información del Archivo Central bajo la custodia del Auxiliar Administrativo de Archivo, teniendo en cuenta los lineamientos de la Circular 006-2024, la cual estipula en sus artículos 5 y 6 del Acuerdo 042 de 2022 las disposiciones para el manejo de la consulta y préstamo de

					documentos para trámites internos, así como las medidas de custodia, control y preservación.
8.5.5	**Actividades posteriores a la entrega** • Se cumplen los requisitos para las actividades posteriores a la entrega asociadas con los productos y servicios. • Al determinar el alcance de las actividades posteriores a la entrega la organización considero los requisitos legales y reglamentarios. • Se consideran las consecuencias potenciales no deseadas asociadas a sus productos y servicios. • Se considera la naturaleza, el uso y la vida útil prevista de sus productos y servicios. • Considera los requisitos del cliente. Considera la retroalimentación del cliente.	X			N/A
8.5.6	**Control de cambios** • La organización revisa y controla los cambios en la producción o la prestación del servicio para asegurar la conformidad con los requisitos. • Se conserva información documentada que describa la revisión de los cambios, las personas que autorizan o cualquier acción que surja de la revisión.	X			Se cuenta con el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-04 GESTIÓN DEL CAMBIO V4, el cual establece los lineamientos para planificar los cambios del SIG. La Entidad cuenta con la Matriz PE-SIG-SGC-MT-04 MATRIZ DEL GESTIÓN DE CAMBIO V4.
8.6	**LIBERACIÓN DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS** • La organización implementa las disposiciones planificadas para verificar que se cumplen los requisitos de los productos y servicios.	X			El Área de Comercial, Facturación y PQRSD, cuenta con documentación generada por el Software SYSMAN para garantizar el soporte de las actividades y servicios para los usuarios (Soporte para matrículas de usuarios PA-GCFP-PR-03 INSCRIPCIÓN NUEVAS MATRÍCULAS, Ordenes de Trabajo, Ordenes de Servicio).

	• Se conserva la información documentada sobre la liberación de los productos y servicios. • Existe evidencia de la conformidad con los criterios de aceptación. Existe trazabilidad a las personas que autorizan la liberación.				
8.7.1	**CONTROL DE LAS SALIDAS NO CONFORMES** • La organización se asegura que las salidas no conformes con sus requisitos se identifican y se controlan para prevenir su uso o entrega. • La organización toma las acciones adecuadas de acuerdo a la naturaleza de la no conformidad y su efecto sobre la conformidad de los productos y servicios. • Se verifica la conformidad con los requisitos cuando se corrigen las salidas no conformes. La organización trata las salidas no conformes de una o más maneras		X		La Entidad cuenta con el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-06 SALIDAS NO CONFORMES; sin embargo, no se tiene documentado Salidas no Conformes para la respectiva Vigencia, se recomienda Capacitación de Salidas no Conformes.
8.7.2	La organización conserva información documentada que describa la no conformidad, las acciones tomadas, las concesiones obtenidas e identifique la autoridad que decide la acción con respecto a la no conformidad.		X		La Entidad cuenta con el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-06 SALIDAS NO CONFORMES; sin embargo, no se tiene documentado Salidas no Conformes para la respectiva Vigencia, se recomienda Capacitación de Salidas no Conformes.
9.1.1	**EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO SEGUIMIENTO, MEDICIÓN, ANÁLISIS Y EVALUACIÓN Generalidades** • La organización determina que necesita seguimiento y medición.	X			La Entidad cuenta con la Matriz PE-GPD-MT-04 MATRIZ HOJA DE VIDA INDICADORES V5 y PE-GPD-MT-06 MATRIZ DE SEGUIMIENTO DE INDICADORES V1 el cual establece los siguientes métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación. Para la Vigencia 2025, se establecen Indicadores compilados de Riesgo y de Gestión de Resultados para la medición de la vigencia 2024 y finalizando posteriormente la vigencia 2025, para dar cumplimiento a la

	• Determina los métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación para asegurar resultados válidos. • Determina cuando se lleva a cabo el seguimiento y la medición. • Determina cuando analizar y evaluar los resultados del seguimiento y medición. • Evalúa el desempeño y la eficacia del SGC. Conserva información documentada como evidencia de los resultados.				Resolución CRA 906 de 2019. La Oficina de CFP, realiza el apoyo de la respectiva información documentada que tiene para la alimentación de los respectivos indicadores. CS.2.1 Índice de Continuidad – IC CS.3.1 Índice de Atención de PQR Acueducto - IPQRAC CS.3.2 Índice de Atención de PQR Alcantarillado- IPQRAL EO.1.1 Agua Controlada en Puntos de Uso y Consumo -ACPUC EO.1.2 Índice de Micromedición Efectiva- IMI GE.1.1 Productividad del Personal Administrativo del Prestador - PPAP GE.2.1 Productividad del Personal Operativo Acueducto - POAC GE.2.2 Productividad del Personal Operativo Alcantarillado - POALC La Entidad cuenta con el Procedimiento PA-GTH-PR-05 EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO LABORAL V4; evidencia las Evaluaciones de Desempeño Laboral del Auxiliar Administrativo de Facturación y Auxiliar Administrativa de Ventanilla única del Primer Semestre de la Vigencia 2025.
9.2.1	**AUDITORIA INTERNA** • La organización lleva a cabo auditorías internas a intervalos planificados. • Las auditorías proporcionan información sobre el SGC conforme con los requisitos propios de la organización y los requisitos de la NTC ISO 9001:2015. • La organización planifica, establece, implementa y mantiene uno o varios programas de auditoría. • Define los criterios de auditoría y el alcance para cada una. • Selecciona los auditores y lleva a cabo auditorías para asegurar la objetividad y la imparcialidad del	X			Realizado por el Auditor Interno de Sistemas en Sistemas Integrados de Gestión HSEQ (ISO 9001:2015, 14001:2015, 45001:2018) con enfoque en Responsabilidad Social Empresarial e ISO/IEC 17025:2017, bajo la Dirección de la Oficina de Control Interno como Auditor Líder.

	proceso. • Asegura que los resultados de las auditorias se informan a la dirección. • Realiza las correcciones y toma las acciones correctivas adecuadas. Conserva información documentada como evidencia de la implementación del programa de auditoría y los resultados.				
9.2.2	La organización debe planificar, establecer, implementar y mantener uno o varios programas de auditoría que incluyan la frecuencia, los métodos, las responsabilidades, los requisitos de planificación y la elaboración de informes, que deben tener en consideración la importancia de los procesos involucrados, los cambios que afecten a la organización y los resultados de las auditorías previas.	X			Realizado por el Auditor Interno de Sistemas en Sistemas Integrados de Gestión HSEQ (ISO 9001:2015, 14001:2015, 45001:2018) con enfoque en Responsabilidad Social Empresarial e ISO/IEC 17025:2017, bajo la Dirección de la Oficina de Control Interno como Auditor Líder.
9.3.1	**REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN Generalidades** La alta dirección revisa el SGC a intervalos planificados, para asegurar su conveniencia, adecuación, eficacia y alineación continua con la estrategia de la organización.		X		La Entidad cuenta con el Informe de Revisión por la Alta Dirección Vigencia 2024 requeridos por normatividad y Entes de Control; sin embargo, no se tiene documentados acciones de mejora con respeto al Proceso de Gestión Administrativa y Financiera.
9.3.2	**Entradas de la revisión por la dirección** • La alta dirección planifica y lleva a cabo la revisión incluyendo consideraciones sobre el estado de las acciones de las revisiones previas. • Considera los cambios en las cuestiones externas e internas que sean pertinentes al SGC. • Considera la información sobre el desempeño y la eficiencia del SGC.	X			**ENTRADAS DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN ESTABLECIDOS EN LA VIGENCIA 2024** • Resultados de Auditorías Internas / Verificados • Política de Calidad / Verificado • Matriz DOFA / Verificado • Matriz STAKEHOLDERS / Verificado • Gestión de Indicadores de Gestión / No Verificados • No Conformidades / Verificadas • Evaluación de Proveedores / Verificados • Adecuación de Recursos del SGC / Verificados

	• Considera los resultados de las auditorías. • Considera el desempeño de los proveedores externos. • Considera la adecuación de los recursos. • Considera la eficiencia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y las oportunidades. Se considera las oportunidades de mejora.				• Gestión de Riesgos y Oportunidades / Verificados
9.3.3	**Salidas de la revisión por la dirección** • Las salidas de la revisión incluyen decisiones y acciones relacionadas con oportunidades de mejora. • Incluyen cualquier necesidad de cambio en el SGC. • Incluye las necesidades de recursos. Se conserva información documentada como evidencia de los resultados de las revisiones.	X			**NECESIDADES DE CAMBIOS DEL MIPG / SGC ESTABLECIDOS PARA LA VIGENCIA 2025** • Cambios que puedan afectar el Sistema de Gestión de Calidad; tal como se estableció en el presente informe de Revisión por la dirección, se establecen como cambios prioritarios para la vigencia 2025: • Recertificación del Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001:2015, con el objetivo de ordenar y gestionar la mejora Continua de la entidad, buscando asegurar el cumplimiento de los Requerimientos Legales y generar cumplimiento a las responsabilidades de los funcionarios de la Entidad. • Adecuación, mejora de la infraestructura de la sede de la empresa de servicios públicos RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P. • Implementación del Proceso de Gestión de Mantenimiento que incluya el Plan de Mantenimiento de las Instalaciones, Equipo Automotor, Equipos Auxiliares. • Actualización de las Tablas de Retención Documental, debido a la Reestructuración realizada a partir del 26 de octubre de 2022 • Adecuación de la mejora del Laboratorio de RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P.
10.1	**MEJORA Generalidades**	X			La Entidad cuenta con el Plan de Mejoramiento 2024 SGA con fecha de suscripción

	La organización ha determinado y seleccionado las oportunidades de mejora e implementado las acciones necesarias para cumplir con los requisitos del cliente y mejorar su satisfacción.				del 01 de noviembre de 2024, se identifica para Comercial, Facturación y PQRSD 2 No Conformidades, con las acciones a implementar respectivas, soporte de evidencias, metas de cumplimiento, con fecha de inicio – final, responsable y estado de la No Conformidad.
10.2.1	**NO CONFORMIDAD Y ACCIÓN CORRECTIVA** • La organización reacciona ante la no conformidad, toma acciones para controlarla y corregirla. • Evalúa la necesidad de acciones para eliminar las causas de la no conformidad. • Implementa cualquier acción necesaria, ante una no conformidad. • Revisa la eficacia de cualquier acción correctiva tomada. • Actualiza los riesgos y oportunidades de ser necesario. • Hace cambios al SGC si fuera necesario. Las acciones correctivas son apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas.			X	Durante la Auditoría Interna, se realiza la revisión de las No Conformidades del área de Comercial Facturación y PQRSD: 1. La Entidad cuenta con el Manual de Funciones de Competencias Laborales RD-GD-042 establecido en el Acuerdo 002 de 2022 (26 de octubre de 2022). En el Manual suscrito se establecen 26 funciones para el Profesional de Comercial, Facturación y PQRSD que forma parte del Proceso de Gestión Administrativa y Financiera; sin embargo, se evidencia que en las funciones No. 4,5,7,8,9, 10 y 15, y en la función No. 21 no es coherente porque se deben hacer referencia a las funciones propias del cargo que se desempeña por el funcionario a quien se asignan, como se establece en el Concepto 203071 de 2023 de la DAFP, incumpliendo con el Numeral 7.5.1 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015. • **La No Conformidad no cerrada / se continua con el avance por parte de la Alta Dirección.** 2. El Área de Comercial, Facturación y PQRSD cuenta con soporte documental físico y digital como Oficina Productora, contiene A-Z de Ordenes de Trabajo, PQRSD, Cambio de Nombre, Nomenclatura y Estrato, Actas de Visita, Modificaciones a la Deuda, Solicitudes de Servicio y Provisionales inconsistencias de firmas y faltantes documentales; contiene Carpetas de Ordenes de Servicio, Inscripción de Nuevos Usuarios, Solicitud Inscripción Nuevos, Solicitud Inscripción Nuevos Usuarios con diferentes marcación e inconsistencias de firmas y faltantes documentales, incumpliendo con el Numeral 7.5.3 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015. • **La No Conformidad está cerrada.**
10.2.2	Se conserva información documentada como evidencia de la naturaleza de las no conformidades, cualquier	X			La Entidad cuenta con el Plan de Mejoramiento 2024 SGA con fecha de suscripción del 01 de noviembre de 2024, se identifica para Comercial, Facturación y PQRSD 2

	acción tomada y los resultados de la acción correctiva.				No Conformidades, con las acciones a implementar respectivas, soporte de evidencias, metas de cumplimiento, con fecha de inicio – final, responsable y estado de la No Conformidad.
10.3	**MEJORA CONTINUA** • La organización mejora continuamente la conveniencia, adecuación y eficacia del SGC. Considera los resultados del análisis y evaluación, las salidas de la revisión por la dirección, para determinar si hay necesidades u oportunidades de mejora.	X			**NECESIDADES DE CAMBIOS DEL MIPG / SGC** • Cambios que puedan afectar el Sistema de Gestión de Calidad; tal como se estableció en el presente informe de Revisión por la dirección, se establecen como cambios prioritarios para la vigencia 2025: • Recertificación del Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001:2015, con el objetivo de ordenar y gestionar la mejora Continua de la entidad, buscando asegurar el cumplimiento de los Requerimientos Legales y generar cumplimiento a las responsabilidades de los funcionarios de la Entidad. • Adecuación, mejora de la infraestructura de la sede de la empresa de servicios públicos RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P. • Implementación del Proceso de Gestión de Mantenimiento que incluya el Plan de Mantenimiento de las Instalaciones, Equipo Automotor, Equipos Auxiliares. • Actualización de las Tablas de Retención Documental, debido a la Reestructuración realizada a partir del 26 de octubre de 2022 • Adecuación de la mejora del Laboratorio de RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P.

CONFORMIDADES

La Entidad cuenta con la Matriz DOFA ESTRATÉGICA INSTITUCIONAL PE-GPD-MT-02 V4 que establece las cuestiones externas e internas específicamente, cumpliendo con el Numeral 4.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con la MATRIZ DE GRUPOS DE INTERÉS (STAKEHOLDERS) PE-GPD-MT-03 V4 que establece las partes interesadas internas y externas con sus respectivos lineamientos de necesidades y requisitos legales., cumpliendo con el Numeral 4.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con el ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD PE-SIG-SGC-FO-04 V4, cumpliendo con el Numeral 4.3 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con la CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS PE-GPD-CA-01 V3, en el cual establece los procesos necesarios que impactan el SGC, se tiene el Proceso de Gestión Comercial Facturación y PQRSD, el cual está vinculado al área de CFP, donde se tiene definido los proveedores, entradas y salidas en el Ciclo PHVA., cumpliendo con el Numeral 4.4.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Alta Dirección de la Entidad establece compromiso con el SGC, como lo establece en el Plan PE-GPD-PL-01 PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL, describe el cumplimiento a las premisas establecidas en el Sistema de Calidad de la Entidad, Gestión eficaz del Riesgo, la prevención de los riesgos asociados a la Seguridad y Salud en el Trabajo, para prevenir accidentes laborales y enfermedades laborales, promoviendo el mejoramiento continuo de los procesos para contar con los más altos estándares de calidad garantizando la satisfacción del cliente, cumpliendo con el Numeral 5.1.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad establece la Matriz PV-CI-MC-MT-01 MATRIZ GESTIÓN DE RIESGO Y OPORTUNIDADES V4, donde se determinan los riesgos y oportunidades que puedan afectar a la conformidad de los productos y servicios de los procesos con sus acciones de mitigación, evaluación de controles y evidencia de cumplimiento y las oportunidades integrales, cumpliendo con el Numeral 5.1.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con la POLÍTICA SGC PE-SIG-SGC-PO-01 V3, que busca satisfacer las necesidades y expectativas de sus grupos de interés, en los procesos de ACUEDUCTO. ALCANTARILLADO Y ASEO, alineado con el cumplimiento normativo de la competencia técnica de nuestro LABORATORIO DE AGUA POTABLE, asegurando la precisión, imparcialidad y confiabilidad de nuestros resultados en los procesos de tratamiento, garantizando la calidad y seguridad en el consumo de agua potable a nuestros usuarios, generando un servicio público integral de calidad, a través de la gestión eficaz de los riesgos y oportunidades, dando cumplimiento a los requisitos legales y a la Planeación Estratégica; contando con un talento humano competente y comprometido, para así mantener la eficacia y la mejora continua del Sistema de Gestión, cumpliendo con el Numeral 5.2.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con una página web institucional, en el cual se tiene publicado la Política SGC en la página web https://redvitalpaipasaesp.com/informacion-de-entidad/politica-de-calidad-del-sistema-de-la-gestion-de-la-calidad-iso-90012015-red-vital-paipa-s-a-e-s-p/, también se tiene documentado en el Plan PE-GPD-PL-01 PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL, cumpliendo con el Numeral 5.2.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con una estructura organizacional definida para el SGC, como se establece en la Matriz PE-SIG-SGC-MT-03 MATRIZ DE ROLES, RESPONSABILIDADES Y AUTORIDADES V3, cada proceso de la Entidad contiene el responsable con la autoridad para sustentar la información requerida por la Alta Dirección, cumpliendo con el Numeral 5.3 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad establece la Matriz PV-CI-MC-MT-01 MATRIZ GESTIÓN DE RIESGO Y OPORTUNIDADES V4, donde se determinan los riesgos y oportunidades que puedan afectar a la conformidad de los productos y servicios de los procesos con sus acciones de mitigación, evaluación de controles y evidencia de cumplimiento y las oportunidades integrales, cumpliendo con los Numerales 6.1.1 y 6.1.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con los OBJETIVOS DE CALIDAD PE-SIG-SGC-OD-01 V3, que se encuentran contemplados en la Matriz PE-GPD-MT-04 MATRIZ DE INDICADORES Y DESPLIEGUES PE-GPD-MT-04 V4 que se encuentra en Actualización, el cual establece los recursos, los responsables y sus respectivos métodos de medición y desempeño, cumpliendo con los Numerales 6.2.1 y 6.2.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad Se cuenta con el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-04 GESTIÓN DEL CAMBIO V4, el cual establece los lineamientos para planificar los cambios del SIG. La Entidad cuenta con la Matriz PE-SIG-SGC-MT-04 MATRIZ DEL GESTIÓN DE CAMBIO V4., cumpliendo con el Numeral 6.3 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad está contenida con una planta de persona 100 funcionarios; 21 administrativos, 17 funcionarios de Acueducto, 14 funcionarios de Alcantarillado, y 43 funcionarios de Aseo para implementación, mantenimiento y mejora continua del SGC, cumpliendo con el Numeral 7.1.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

El área de Comercial, Facturación y PQRSD está liderada por el Subgerente General Administrativo y el Profesional de Comercial, Facturación y PQRSD, cuenta con el Auxiliar Administrativo de Facturación y el Auxiliar Administrativo (Ventanilla Única) como se establecen en el Manual de Funciones y Competencias Laborales RD-GD-042, cumpliendo con el Numeral 7.1.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

Durante la Auditoría, se evidencia que el área de Comercial, Facturación y PQRSD cuenta con inmobiliario adecuado para el Profesional de Comercial, Facturación y PQRSD, el Auxiliar Administrativo de Facturación y el Auxiliar Administrativo de Ventanilla única, desde los elementos informáticos, elementos ergonómicos y de mesa de trabajo para el desarrollo de las actividades, cumpliendo con el Numeral 7.1.4 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con el Plan PA-GTH-DC-PL-02 PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN V10 y el Plan PA-GTH-DC-PL-05 PLAN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN V3 para definir de manera planificada las estrategias en materia de gestión del conocimiento en la Entidad, cumpliendo con el Numeral 7.1.6 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

El Área de Comercial, Facturación y PQRSD cuenta con el Profesional de Comercial, Facturación y PQRSD, el Contrato de Trabajo a Término Fijo de 19 de mayo de 2025, cuenta con el Auxiliar Administrativo de Facturación, con el Contrato de Trabajo a Término Fijo de 05 de julio de 2024 y con el Auxiliar Administrativo de Facturación, con el Contrato de Trabajo a Término Fijo 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.

El Área de Comercial, Facturación y PQRSD cuenta con el personal idóneo para su direccionamiento, se tiene el dominio de la Política de Calidad y los Objetivos de Calidad, cumpliendo con el Numeral 7.3 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

Durante la Auditoria al Profesional de Comercial, Facturación y PQRSD, se evidencia que se mantiene el manejo de la información de forma verbal y escrita, cuenta con trazabilidad de información., cumpliendo con el Numeral 7.4 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad establece el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-01 CONTROL DE INFORMACIÓN DOCUMENTADA V4, con los lineamientos pertinentes a la creación, actualización, identificación, revisión, aprobación, control, protección, distribución, almacenamiento, conservación y disposición de la información documentada requerida por la Entidad y el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-03 MANTENIMIENTO Y CONSERVACIÓN DOCUMENTAL V4 con los contenidos adecuados para la conservación de los documentos de las Listas Maestras de Documentación de la Empresa de Servicios Públicos Domiciliarios Red Vital Paipa S.A. E.S.P., con el fin de protegerla de manejos u , cumpliendo con el Numeral 7.5.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad establece el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-01 CONTROL DE INFORMACIÓN DOCUMENTADA V4, con los lineamientos pertinentes a la creación, actualización, identificación, revisión, aprobación, control, protección, distribución, almacenamiento, conservación y disposición de la información documentada requerida por la Entidad., cumpliendo con el Numeral 7.5.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad establece el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-01 CONTROL DE INFORMACIÓN DOCUMENTADA V4, con los lineamientos pertinentes a la creación, actualización, identificación, revisión, aprobación, control, protección, distribución, almacenamiento, conservación y disposición de la información documentada requerida por la Entidad., cumpliendo con el Numeral 7.5.3.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad contempla los medios físicos y digitales autorizados para las comunicaciones internas y externas; se evidencia que el área de Comercial Facturación y PQRSD, encabezado por la líder de proceso, se mantiene el manejo de la información de forma verbal y escrita, los cuales cuentan con trazabilidad de información., cumpliendo con el Numeral 8.2.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con la Matriz PE-GJ-MT-01 MATRIZ DE REQUISITOS LEGALES V3 que documenta los requisitos legales y reglamentarios para dar cumplimiento a la prestación eficiente, segura y conforme de los servicios públicos de acueducto, alcantarillado y aseo, en el marco del Sistema Integrado de Gestión, se tiene establecido la normatividad para la Gestión Administrativa y Financiera establecido en los Resoluciones, Decretos y Leyes a los cuales se aplican para la Entidad, cumpliendo con el Numeral 8.2.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

El área de Comercial, Facturación y PQRSD cuenta con los procedimientos para los requerimientos y necesidades de los clientes internos de la Entidad, cumpliendo con los Numerales 8.2.3.1 y 8.2.3.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

El área de Comercial, Facturación y PQRSD bajo el liderazgo de la Subgerencia General Administrativa puede realizar las respectivas solicitudes de gestión de cambio, necesidades de requerimientos y generación de nuevos procedimientos, cumpliendo con el Numeral 8.2.4 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con un Manual de Contratación adoptado por la Empresa mediante el Acuerdo 003 de 2008 y sus modificaciones mediante los Acuerdos 009 de 2014 y 003 de 2018 y la Resolución RVP 175 de 2021 y el Procedimiento PA-GC-PR-01 EVALUACIÓN DE PROVEEDORES V4 establecen la metodología para la modalidad contractual y la evaluación del seguimiento de proveedores teniendo en cuenta criterios normativos y técnicos que den a lugar respectivamente, cumpliendo con el Numeral 8.4.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad establece el estudio de las propuestas que contenga los requisitos para sus productos y servicios, la Contratación se realiza mediante los estipulado en el Manual de Contratación adoptado por la Empresa mediante el Acuerdo 003 de 2008 y sus modificaciones mediante los Acuerdos 009 de 2014 y 003 de 2018 y la Resolución RVP 175 de 2021. El proveedor seleccionado es contactado por la Entidad; por consiguiente, se selecciona el supervisor del contrato, para llevar a cabo la documentación y el control de proveedor, cumpliendo con el Numeral 8.4.3 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

El área de Comercial, Facturación y PQRSD cuenta como Modelo de Operación por Procesos, la Lista Maestra de Documentación de Gestión Comercial, Facturación y PQRSD que se encuentra ubicado en la Unidad de Almacenamiento SIG-REGISTROS y SIG-DOCUMENTOS, cumpliendo con el Numeral 8.5.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

El área de Comercial, Facturación y PQRSD cuenta con estanterías para el resguardo de la información establecidas en Archivo Central, cumpliendo con el Numeral 8.5.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad como cliente interno, salvaguarda la información del área de Comercial, Facturación y PQRSD, a través del Software SYSMAN. En el Procedimiento PA-GCOM-PR-04 ADMINISTRACIÓN DE DISPOSITIVOS DE REDES Y COMUNICACIONES de la Gestión de Sistemas y Comunicaciones, se tiene discriminado las actividades de la realización de las copias de información y la seguridad y restricción de la información. Con la creación de la carpeta, permite comprimir toda la información en un disco duro que queda en custodia del Servidor de Sistemas y Comunicaciones y la seguridad de la información permite la creación de una red interna exclusivo para la Entidad para masificar la protección de los datos (información de la Entidad, datos históricos, y demás contendido intangible), se evidencia que para la Vigencia 2024 comenzando Vigencia 2025 se realizó el respectivo cargue a la NAS, cumpliendo con el Numeral 8.5.3 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

Durante la Auditoría Interna, se evidencia que la información del Archivo de Gestión está bajo custodia del Líder y Responsables del área y la información del Archivo Central bajo la custodia del Auxiliar Administrativo de Archivo, teniendo en cuenta los lineamientos de la Circular 006-2024, la cual estipula en sus artículos 5 y 6 del Acuerdo 042 de 2022 las disposiciones para el manejo de la consulta y préstamo de documentos para trámites internos, así como las medidas de custodia, control y preservación, cumpliendo con el Numeral 8.5.4 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-04 GESTIÓN DEL CAMBIO V4, el cual establece los lineamientos para planificar los cambios del SIG. La Entidad cuenta con la Matriz PE-SIG-SGC-MT-04 MATRIZ DEL GESTIÓN DE CAMBIO V4, cumpliendo con el Numeral 8.5.6 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

El Área de Comercial, Facturación y PQRSD, cuenta con documentación generada por el Software SYSMAN para garantizar el soporte de las actividades y servicios para los usuarios (Soporte para matrículas de usuarios PA-GCFP-PR-03 INSCRIPCIÓN NUEVAS MATRÍCULAS, Ordenes de Trabajo, Ordenes de Servicio), cumpliendo con el Numeral 8.6 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

El Área de Comercial, Facturación y PQRSD cuenta Indicadores para la medición de riesgo y gestión de resultados en la Matriz PE-GPD-MT-04 MATRIZ HOJA DE VIDA INDICADORES V5 y el diligenciamiento de los resultados de la Matriz 'PE-GPD-MT-06 MATRIZ DE SEGUIMIENTO DE INDICADORES V1 compartidas con otras áreas/dependencias para dar cumplimiento a la Resolución CRA 906 de 2019, así mismo se evidencia las Evaluaciones de Desempeño Laboral del Auxiliar Administrativo de Facturación y Auxiliar Administrativa de Ventanilla única del Primer Semestre de la Vigencia 2025 cumpliendo con el Numeral 9.1.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con el Informe de Revisión por la Alta Dirección Vigencia 2024 requeridos por normatividad y Entes de Control, cuenta con las Necesidades de Cambio del MIPG / SIG, cumpliendo con los Numerales 9.3.2 y 9.3.3 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con el Plan de Mejoramiento 2024 SGA con fecha de suscripción del 01 de noviembre de 2024, se identifica para Comercial Facturación y PQRSD, 2 No Conformidades, con las acciones a implementar respectivas, soporte de evidencias, metas de cumplimiento, con fecha de inicio – final, responsable y estado de la No Conformidad, cumpliendo con el Numeral 10.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con el Plan de Mejoramiento 2024 SGA con fecha de suscripción del 01 de noviembre de 2024, se identifica para Comercial, Facturación y PQRSD 2 No Conformidades, con las acciones a implementar respectivas, soporte de evidencias, metas de cumplimiento, con fecha de inicio – final, responsable y estado de la No Conformidad, cumpliendo con el Numeral 10.2.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con el Informe de Revisión por la Alta Dirección Vigencia 2024 requeridos por normatividad y Entes de Control, se tiene proyección de acciones de mejoramiento para la Vigencia 2025 para su ejecución, cumpliendo con el Numeral 10.3 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

OBSERVACIONES

La Entidad cuenta con Tablas de Retención Documental establecidas en la Resolución RVP 170 de 2021 que permite la organización de la documentación direccionada de las áreas administrativas y operacionales; sin embargo, se están manejando series documentales que no encuentran establecidos, no se encuentra actualizado correctamente las TRD desde la Reestructuración realizada el 26 de octubre de 2022. (Numeral 7.5.3.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015).

El área de Comercial, Facturación y PQRSD cuenta con trece (13) procedimientos; sin embargo, se evidencia que se debe realizar en colaboración con la Oficina de Sistema Integrado de Gestión revisión final de los procedimientos. (Numeral 8.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015).

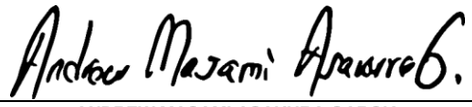
La Entidad cuenta con el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-06 SALIDAS NO CONFORMES; sin embargo, no se tiene documentado Salidas no Conformes para la respectiva Vigencia, se recomienda Capacitación de Salidas no Conformes. (Numerales 8.7.1 y 8.7.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015).

La Entidad cuenta con el Informe de Revisión por la Alta Dirección Vigencia 2024 requeridos por normatividad y Entes de Control; sin embargo, no se tiene documentados acciones de mejora con respeto el área de Comercial, Facturación y PQRSD. (Numeral 9.3.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015).

NO CONFORMIDADES

El área de Comercial, Facturación y PQRSD no cuenta con la estantería adecuada para el Archivo de Gestión, incumpliendo con el Numeral 7.1.3 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con el PV-CI-MC-FO-05 PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL, en el cual se establecen las No Conformidades de los Procesos de la Subgerencia General Administrativa; se evidencia que se no se han cerrado todas las No Conformidades respectivas del área de Comercial Facturación y PQRSD, incumpliendo con el Numeral 10.2.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.



ANDREW MASAMI ASAKURA GARCIA
Profesional del Sistema Integrado de Gestión

C.C. 1.053.605.825
Auditor Interno HSEQ (ISO 9001:2051, ISO 14001:2015, ISO 45001:2015) Enfoque en RSE
Auditor Interno ISO/IEC 17025:2017

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	Primer Semestre 2025
FECHA DE LA AUDITORÍA	01 y 02 DE OCTUBRE DE 2025
FECHA DE INFORME	23 DE OCTUBRE DE 2025
NIVEL DE PROCESO	Dependencias
APOYO (Subgerencia General Administrativa)	Gestión Administrativa y Financiera
PROCESO / ÁREA AUDITADO	Contabilidad y Presupuesto
PERSONAL AUDITADO	Profesional de Contabilidad y Presupuesto
OBJETIVOS	
ALCANCE	Criterios seleccionados de a la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015. Solicitud de la información documentada pertinentes a los criterios seleccionados, los requisitos reglamentarios, contractuales y legales aplicables.
CRITERIOS DE AUDITORÍA	Lista Maestra de Documentación
EQUIPO AUDITOR	Andrew Masami Asakura Garcia

CONTEXTO

Teniendo en cuenta la Circular 026 de 2025 del 10 de junio 2025, emitido por la Oficina de Control Interno, se realiza la Auditoría Interna ISO 9001:2015 y demás normas aplicables al sector de servicios públicos domiciliarios, se ejecuta la Auditoría Interna de Segunda Parte por parte de la Dependencia de Sistema Integrado de Gestión, para dar cumplimiento al Plan Anual de Auditorías Internas como se establece en la Resolución RVP 075 de 2025. La Auditoría Interna esta soportada en base a 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 9, 14, 16 y 19.

9. **Realizar los análisis del cumplimiento de las políticas a cargo de la entidad y proponer mejoras para su adecuada implementación y mejora en la gestión y el desempeño de las entidades públicas.**
14. **Realización de la auditoría interna del sistema integrado de gestión QHSE.**
16. **Revisar y auditar los requisitos para establecer brechas e implementar y surtir en el proceso de certificación 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.**

LISTA DE CHEQUEO ISO 9001:2015					
Numeral	**Requisito**	**Cumplimiento**			**Observaciones**
		C	**OBS**	**NC**	
4.1	**CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN** **COMPRENSIÓN DE LA ORGANIZACIÓN Y DE SU CONTEXTO** • La organización determina las cuestiones externas e internas que son pertinentes para el propósito y dirección estratégica. • Se realiza el seguimiento y la revisión de la información sobre estas cuestiones externas e internas. • Se ha determinado las partes interesadas y los requisitos de estas partes interesadas para el sistema de gestión de Calidad. Se realiza el seguimiento y la revisión de la información sobre estas partes interesadas y sus requisitos.	X			La Entidad cuenta con la Matriz DOFA ESTRATÉGICA INSTITUCIONAL PE-GPD-MT-02 V4 que establece las cuestiones externas e internas específicamente.
4.2	**COMPRENSIÓN DE LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LAS PARTES INTERESADAS** • Se ha determinado las partes interesadas y los requisitos de estas partes interesadas para el sistema de gestión de Calidad. Se realiza el seguimiento y la revisión de la información sobre estas partes interesadas y sus requisitos.	X			La Entidad cuenta con la MATRIZ DE GRUPOS DE INTERÉS (STAKEHOLDERS) PE-GPD-MT-03 V4 que establece las partes interesadas internas y externas con sus respectivos lineamientos de necesidades y requisitos legales.
4.3	**DETERMINACIÓN DEL ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD** • El alcance del SGC, se ha determinado según: •	X			La Entidad cuenta con el ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD PE-SIG-SGC-FO-04 V4.

	Procesos operativos, productos y servicios, instalaciones físicas, ubicación geográfica • ¿El alcance del SGC se ha determinado teniendo en cuenta los problemas externos e internos, las partes interesadas y sus productos y servicios? • Se tiene disponible y documentado el alcance del Sistema de Gestión. Se tiene justificado y/o documentado los requisitos (exclusiones) que no son aplicables para el Sistema de Gestión?				
4.4.1	**SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y SUS PROCESOS** • Se tienen identificados los procesos necesarios para el sistema de gestión de la organización Se tienen establecidos los criterios para la gestión de los procesos teniendo en cuenta las responsabilidades, procedimientos, medidas de control e indicadores de desempeño necesarios que permitan la efectiva operación y control de los mismos.	X			La Entidad cuenta con la CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS PE-GPD-CA-01 V3, en el cual establece los procesos necesarios que impactan el SGC, se tiene el Proceso de Gestión Administrativa y Financiera, el cual está vinculado al área de Contabilidad y Presupuesto, donde se tiene definido los proveedores, entradas y salidas en el Ciclo PHVA.
4.4.2	Se mantiene y conserva información documentada que permita apoyar la operación de estos procesos.	X			La Entidad cuenta con la CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS PE-GPD-CA-01 V3, que se encuentra enlazado por el MAPA DE PROCESOS PE-SIG-SGC-FO-04 V11.
5.1.1	**LIDERAZGO / LIDERAZGO Y COMPROMISO** **Generalidades** Se demuestra responsabilidad por parte de la alta dirección para la eficacia del SGC.	X			La Alta Dirección de la Entidad establece compromiso con el SGC, como lo establece en el Plan PE-GPD-PL-01 PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL V13, describe el cumplimiento a las premisas establecidas en el Sistema de Calidad de la Entidad, Gestión eficaz del Riesgo, la prevención de los riesgos asociados a la Seguridad y Salud en el Trabajo, para prevenir accidentes laborales y enfermedades laborales, promoviendo el mejoramiento continuo de los procesos para contar con los más altos estándares de calidad garantizando la satisfacción del cliente..
5.1.2	**ENFOQUE AL CLIENTE**	X			La Entidad establece la Matriz PV-CI-MC-MT-01 MATRIZ GESTIÓN DE RIESGO Y OPORTUNIDADES V4, donde se determinan los riesgos y oportunidades que

	La gerencia garantiza que los requisitos de los clientes de determinan y se cumplen. Se determinan y consideran los riesgos y oportunidades que puedan afectar a la conformidad de los productos y servicios y a la capacidad de aumentar la satisfacción del cliente				puedan afectar a la conformidad de los productos y servicios de los procesos con sus acciones de mitigación, evaluación de controles y evidencia de cumplimiento y las oportunidades integrales.
5.2.1	**POLÍTICA Establecimiento de la política de la calidad** La política de calidad con la que cuenta actualmente la organización está acorde con los propósitos establecidos.	X			La Entidad cuenta con la POLÍTICA SGC PE-SIG-SGC-PO-01 V3, que busca satisfacer las necesidades y expectativas de sus grupos de interés, en los procesos de ACUEDUCTO. ALCANTARILLADO Y ASEO, alineado con el cumplimiento normativo de la competencia técnica de nuestro LABORATORIO DE AGUA POTABLE, asegurando la precisión, imparcialidad y confiabilidad de nuestros resultados en los procesos de tratamiento, garantizando la calidad y seguridad en el consumo de agua potable a nuestros usuarios, generando un servicio público integral de calidad, a través de la gestión eficaz de los riesgos y oportunidades, dando cumplimiento a los requisitos legales y a la Planeación Estratégica; contando con un talento humano competente y comprometido, para así mantener la eficacia y la mejora continua del Sistema de Gestión.
5.2.2	**Comunicación de la política de la calidad** Se tiene disponible a las partes interesadas, se ha comunicado dentro de la organización.	X			La Entidad cuenta con una página web institucional, en el cual se tiene publicado la Política SGC en la página web https://redvitalpaipasaesp.com/informacion-de-entidad/politica-de-calidad-del-sistema-de-la-gestion-de-la-calidad-iso-90012015-red-vital-paipa-s-a-e-s-p/, también se tiene documentado en el Plan PE-GPD-PL-01 PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL V13.
5.3	**ROLES, RESPONSABILIDADES Y AUTORIDADES EN LA ORGANIZACIÓN** Se han establecido y comunicado las responsabilidades y autoridades para los roles pertinentes en toda la organización.	X			La Entidad cuenta con una estructura organizacional definida para el SGC, como se establece en la Matriz PE-SIG-SGC-MT-03 MATRIZ DE ROLES, RESPONSABILIDADES Y AUTORIDADES V3, cada proceso de la Entidad contiene el responsable con la autoridad para sustentar la información requerida por la Alta Dirección.
6.1.1	**PLANIFICACIÓN / ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES** Se han establecido los riesgos y oportunidades que deben ser abordados para asegurar que el SGC logre los resultados esperados.	X			La Entidad establece la Matriz PV-CI-MC-MT-01 MATRIZ GESTIÓN DE RIESGO Y OPORTUNIDADES V4, donde se determinan los riesgos y oportunidades que puedan afectar a la conformidad de los productos y servicios de los procesos con sus acciones de mitigación, evaluación de controles y evidencia de cumplimiento y las oportunidades integrales.

6.1.2	La organización ha previsto las acciones necesarias para abordar estos riesgos y oportunidades y los ha integrado en los procesos del sistema.	X			La Entidad establece la Matriz PV-CI-MC-MT-01 MATRIZ GESTIÓN DE RIESGO Y OPORTUNIDADES V4, donde se determinan los riesgos y oportunidades que puedan afectar a la conformidad de los productos y servicios de los procesos con sus acciones de mitigación, evaluación de controles y evidencia de cumplimiento y las oportunidades integrales.
6.2.1	**OBJETIVOS DE LA CALIDAD Y PLANIFICACIÓN PARA LOGRARLOS** ¿Qué acciones se han planificado para el logro de los objetivos del SIG-HSEQ, programas de gestión?	X			La Entidad cuenta con los OBJETIVOS DE CALIDAD PE-SIG-SGC-OD-01 V3, que se encuentran contemplados en la Matriz PE-GPD-MT-04 MATRIZ DE INDICADORES Y DESPLIEGUES PE-GPD-MT-04 V4 que se encuentra en Actualización, el cual establece los recursos, los responsables y sus respectivos métodos de medición y desempeño.
6.2.2	Se mantiene información documentada sobre estos objetivos	X			La Entidad cuenta con los OBJETIVOS DE CALIDAD PE-SIG-SGC-OD-01 V3, que se encuentran contemplados en la Matriz de Indicadores y Despliegues PE-GPD-MT-04 V4, el cual establece los recursos, los responsables y sus respectivos métodos de medición y desempeño.
6.3	**PLANIFICACIÓN DE LOS CAMBIOS** Existe un proceso definido para determinar la necesidad de cambios en el SGC y la gestión de su implementación	X			Se cuenta con el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-04 GESTIÓN DEL CAMBIO V4, el cual establece los lineamientos para planificar los cambios del SIG. La Entidad cuenta con la Matriz PE-SIG-SGC-MT-04 MATRIZ DEL GESTIÓN DE CAMBIO V4.
7.1.1	**APOYO / RECURSOS Generalidades** La organización ha determinado y proporcionado los recursos necesarios para el establecimiento, implementación, mantenimiento y mejora continua del SGC (incluidos los requisitos de las personas, medioambientales y de infraestructura).	X			La Entidad está contenida con una planta de persona 100 funcionarios; 21 administrativos, 17 funcionarios de Acueducto, 14 funcionarios de Alcantarillado, y 43 funcionarios de Aseo.
7.1.2	**Personas** La organización debe determinar y proporcionar las personas necesarias para la implementación eficaz de su sistema de gestión de la calidad y para la operación y control de sus procesos.	X			El área de Contabilidad y Presupuesto está liderada por el Subgerente General Administrativo y el Profesional de Contabilidad y Presupuesto, como se establecen en el Manual de Funciones y Competencias Laborales RD-GD-042.
7.1.3	**Infraestructura** La organización debe determinar, proporcionar y mantener la infraestructura necesaria para la operación			X	El área de Contabilidad y Presupuesto no cuenta con la estantería adecuada para el Archivo de Gestión.

	de sus procesos y lograr la conformidad de los productos y servicios.				
7.1.4	**Ambiente para la operación de los procesos** La organización debe determinar, proporcionar y mantener el ambiente necesario para la operación de sus procesos y para lograr la conformidad de los productos y servicios. NOTA Un ambiente adecuado puede ser una combinación de factores humanos y físicos, tales como: a) Sociales (por ejemplo, no discriminatorio, ambiente tranquilo, libre de conflictos). b) Psicológicos (por ejemplo, reducción del estrés, prevención del síndrome de agotamiento, cuidado de las emociones); c) Físicos (por ejemplo, temperatura, calor, humedad, iluminación, circulación del aire, higiene, ruido). Estos factores pueden diferir sustancialmente dependiendo de los productos y servicios suministrados.	X			La Entidad cuenta con el Plan PA-GTH-DC-PL-03 PLAN DE BIENESTAR SOCIAL E INCENTIVOS V7, que establece un cronograma de actividades de esparcimiento direccionados bajo el liderazgo de la Subgerencia General Administrativa que garantizan los ambientes sociales y psicosociales conforme de los productos y servicios. La Entidad cuenta con el COCOLAB nombrado recientemente bajo la Resolución RVP 074 de 2025 que garantizan los ambientes sociales y psicosociales conforme de los productos y servicios. El área de Contabilidad y Presupuesto cuenta con inmobiliario adecuado para la Profesional, para el desarrollo de las actividades respectivas.
7.1.6	**Conocimientos de la organización** Ha determinado la organización los conocimientos necesarios para el funcionamiento de sus procesos y el logro de la conformidad de los productos y servicios y, ha implementado un proceso de experiencias adquiridas.	X			La Entidad cuenta con el Plan PA-GTH-DC-PL-02 PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN V10 y el Plan PA-GTH-DC-PL-05 PLAN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN V3 para definir de manera planificada las estrategias en materia de gestión del conocimiento en la Entidad, es necesario la implementación del Procedimiento de Gestión de Conocimiento para determinar la estrategia de conocimiento, el objeto, la fecha de implementación, la estrategia detallada para el proceso, lecciones aprendidas, participantes, responsables, los recursos necesarios, mecanismos de verificación, evidencias de la verificación y fecha de cierre de divulgación.
7.2	**COMPETENCIA** La organización se ha asegurado de que las personas	X			El Área de Contabilidad y Presupuesto cuenta con el Profesional de Contabilidad y Presupuesto el Contrato de Trabajo a Término Fijo 003-2025 de 14 de enero de 2025, con sus respectivos soportes documentales y competencias de acuerdo al

	que puedan afectar al rendimiento del SGC son competentes en cuestión de una adecuada educación, formación y experiencia, ha adoptado las medidas necesarias para asegurar que puedan adquirir la competencia necesaria				Manual de Funciones de Competencias Laborales RD-GD-042, cumpliendo con el Numeral 7.2 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015
7.3	**TOMA DE CONCIENCIA** La organización debe asegurarse de que las personas que realizan el trabajo bajo el control de la organización tomen conciencia de: a) la política de la calidad; b) los objetivos de la calidad pertinentes; c) su contribución a la eficacia del sistema de gestión de la calidad, incluidos los beneficios de una mejora del desempeño; d) las implicaciones del incumplimiento de los requisitos del sistema de gestión de la calidad.	X			La Entidad cuenta con el personal idóneo para el direccionamiento del Área de Contabilidad y Presupuesto, se tiene el dominio de la Política de Calidad y los Objetivos de Calidad.
7.4	**COMUNICACIÓN** La organización debe determinar las comunicaciones internas y externas pertinentes al sistema de gestión de la calidad, que incluyan: a) qué comunicar; b) cuándo comunicar; c) a quién comunicar; d) cómo comunicar; e) quién comunica.	X			Durante la Auditoria a la Profesional de Contabilidad y Presupuesto, se evidencia que se mantiene el manejo de la información de forma verbal y escrita, cuenta con trazabilidad de información.
7.5.1	**INFORMACIÓN DOCUMENTADA** **Generalidades** Se ha establecido la información documentada requerida por la norma y necesaria para la implementación y funcionamiento eficaces del SGC.	X			La Entidad establece el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-01 CONTROL DE INFORMACIÓN DOCUMENTADA V4, con los lineamientos pertinentes a la creación, actualización, identificación, revisión, aprobación, control, protección, distribución, almacenamiento, conservación y disposición de la información documentada requerida por la Entidad y el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-03 MANTENIMIENTO Y CONSERVACIÓN DOCUMENTAL V4 con los contenidos

					adecuados para la conservación de los documentos de las Listas Maestras de Documentación de la Empresa de Servicios Públicos Domiciliarios Red Vital Paipa S.A. E.S.P., con el fin de protegerla de manejos u acceso inadecuado, así como las condiciones de preservación de los documentos.
7.5.2	**Creación y actualización** Existe una metodología documentada adecuada para la revisión y actualización de documentos.	X			La Entidad establece el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-01 CONTROL DE INFORMACIÓN DOCUMENTADA V4, con los lineamientos pertinentes a la creación, actualización, identificación, revisión, aprobación, control, protección, distribución, almacenamiento, conservación y disposición de la información documentada requerida por la Entidad.
7.5.3.1	**Control de la información documentada** La información documentada requerida por el sistema de gestión de la calidad y por esta Norma Internacional se debe controlar para asegurarse de que: a) esté disponible y sea idónea para su uso, donde y cuando se necesite; b) esté protegida adecuadamente (por ejemplo, contra pérdida de la confidencialidad, uso inadecuado o pérdida de integridad).			X	La Entidad cuenta con Tablas de Retención Documental establecidas en la Resolución RVP 170 de 2021 que permite la organización de la documentación direccionada de las áreas administrativas y operacionales; sin embargo, para el Área de Contabilidad y Presupuesto no se tiene Tablas de Retención Documental, no se están manejando series documentales establecidas, no se encuentra actualizado correctamente las TRD desde la Reestructuración realizada el 26 de octubre de 2022. No se presentó empalme de funcionaria saliente a entrante con respecto a la No Conformidad del No Diligenciamiento del FUID, para dar a conocer el Inventario Documental. Durante la Auditoría Interna, se realiza muestreo aleatorio de carpetas prestadas a la líder del proceso:
7.5.3.2	Para el control de la información documentada, la organización debe abordar las siguientes actividades, según corresponda: a) distribución, acceso, recuperación y uso; b) almacenamiento y preservación, incluida la preservación de la legibilidad; c) control de cambios (por ejemplo, control de versión); d) conservación y disposición.	X			La Entidad establece el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-01 CONTROL DE INFORMACIÓN DOCUMENTADA V4, con los lineamientos pertinentes a la creación, actualización, identificación, revisión, aprobación, control, protección, distribución, almacenamiento, conservación y disposición de la información documentada requerida por la Entidad.
8.1	**OPERACIÓN / PLANIFICACIÓN Y CONTROL OPERACIONAL**		X		Para la Planificación del área de Contabilidad y Presupuesto, tenemos los siguientes procedimientos:

	• Se planifican, implementan y controlan los procesos necesarios para cumplir los requisitos para la provisión de servicios. • La salida de esta planificación es adecuada para las operaciones de la organización. • Se asegura que los procesos contratados externamente estén controlados. Se revisan las consecuencias de los cambios no previstos, tomando acciones para mitigar cualquier efecto adverso.				PA-GAF-PR-01 ELABORACIÓN DE PRESUPUESTO PA-GAF-PR-02 EJECUCIÓN PRESUPUESTAL PA-GAF-PR-03 DEPRECIACIONES PA-GAF-PR-04 AMORTIZACIONES PA-GAF-PR-05 RENDICIÓN DE INFORMES FINANCIEROS PA-GAF-MA-01 MANUAL DE POLÍTICAS CONTALBES Se deben realizar la actualización del Manual de Políticas Contables y revisión final de los procedimientos.
8.2.1	**REQUISITOS PARA LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS** **Comunicación con el cliente** • La comunicación con los clientes incluye información relativa a los productos y servicios. • Se obtiene la retroalimentación de los clientes relativa a los productos y servicios, incluyendo las quejas. Se establecen los requisitos específicos para las acciones de contingencia, cuando sea pertinente.	X			La Entidad contempla los medios físicos y digitales autorizados para las comunicaciones internas y externas; se evidencia que el área de Contabilidad encabezado por la líder de proceso, se mantiene el manejo de la información de forma verbal y escrita, los cuales cuentan con trazabilidad de información.
8.2.2	**Determinación de los requisitos para los productos y servicios** Se determinan los requisitos legales y reglamentarios para los productos y servicios que se ofrecen y aquellos considerados necesarios para la organización.	X			La Entidad cuenta con la Matriz ARHUCIV3 que documenta los requisitos legales y reglamentarios para dar cumplimiento a la prestación eficiente, segura y conforme de los servicios públicos de acueducto, alcantarillado y aseo, en el marco del Sistema Integrado de Gestión, se tiene establecido la normatividad para la Gestión Administrativa y Financiera establecido en los Resoluciones, Decretos y Leyes a los cuales se aplican para la Entidad.
8.2.3.1	**Revisión de los requisitos para los productos y servicios** • La organización se asegura que tiene la capacidad	X			El área de Contabilidad cuenta con los requisitos para suplir las necesidades de los clientes internos, como se establecen en los siguientes procedimientos: PA-GAF-PR-01 ELABORACIÓN DE PRESUPUESTO

	de cumplir los requisitos de los productos y servicios ofrecidos. • La organización revisa los requisitos del cliente antes de comprometerse a suministrar productos y servicios a este • Se confirma los requisitos del cliente antes de la aceptación por parte de estos, cuando no se ha proporcionado información documentada al respecto. Se asegura que se resuelvan las diferencias existentes entre los requisitos del contrato o pedido y los expresados previamente.				PA-GAF-PR-02 EJECUCIÓN PRESUPUESTAL PA-GAF-PR-03 DEPRECIACIONES PA-GAF-PR-04 AMORTIZACIONES PA-GAF-PR-05 RENDICIÓN DE INFORMES FINANCIEROS PA-GAF-MA-01 MANUAL DE POLÍTICAS CONTALBES
8.2.3.2	Se conserva la información documentada, sobre cualquier requisito nuevo para los servicios.	X			PA-GAF-PR-01 ELABORACIÓN DE PRESUPUESTO PA-GAF-PR-02 EJECUCIÓN PRESUPUESTAL PA-GAF-PR-03 DEPRECIACIONES PA-GAF-PR-04 AMORTIZACIONES PA-GAF-PR-05 RENDICIÓN DE INFORMES FINANCIEROS PA-GAF-MA-01 MANUAL DE POLÍTICAS CONTALBES
8.2.4	**Cambios en los requisitos para los productos y servicios** Las personas son conscientes de los cambios en los requisitos de los productos y servicios, se modifica la información documentada pertinente a estos cambios.	X			El área de Contabilidad y Presupuesto bajo el liderazgo de la Subgerencia General Administrativa puede realizar las respectivas solicitudes de gestión de cambio, necesidades de requerimientos y generación de nuevos procedimientos como se establece en los procedimientos: PA-GAF-PR-01 ELABORACIÓN DE PRESUPUESTO PA-GAF-PR-02 EJECUCIÓN PRESUPUESTAL PA-GAF-PR-03 DEPRECIACIONES PA-GAF-PR-04 AMORTIZACIONES PA-GAF-PR-05 RENDICIÓN DE INFORMES FINANCIEROS PA-GAF-MA-01 MANUAL DE POLÍTICAS CONTALBES
8.4.1	**CONTROL DE LOS PROCESOS, PRODUCTOS Y SERVICIOS SUMINISTRADOS EXTERNAMENTE**	X			La Entidad cuenta con un Manual de Contratación adoptado por la Empresa mediante el Acuerdo 003 de 2008 y sus modificaciones mediante los Acuerdos 009

	Generalidades • La organización asegura que los procesos, productos y servicios suministrados externamente son conforme a los requisitos. • Se determina los controles a aplicar a los procesos, productos y servicios suministrados externamente. Se determina y aplica criterios para la evaluación, selección, seguimiento del desempeño y la reevaluación de los proveedores externos. Se conserva información documentada de estas actividades				de 2014 y 003 de 2018 y la Resolución RVP 175 de 2021 y el Procedimiento PA-GC-PR-01 EVALUACIÓN DE PROVEEDORES V4 establecen la metodología para la modalidad contractual y la evaluación del seguimiento de proveedores teniendo en cuenta criterios normativos y técnicos que den a lugar respectivamente.
8.4.2	**Tipo de alcance y control** • La organización se asegura que los procesos, productos y servicios suministrados externamente no afectan de manera adversa a la capacidad de la organización de entregar productos y servicios, conformes de manera coherente a sus clientes. • Se definen los controles a aplicar a un proveedor externo y las salidas resultantes. • Considera el impacto potencial de los procesos, productos y servicios suministrados externamente en la capacidad de la organización de cumplir los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables. • Se asegura que los procesos suministrados externamente permanecen dentro del control de su sistema de gestión de la calidad. Se determina la verificación o actividades necesarias	X			N/A

	para asegurar que los procesos, productos y servicios cumplen con los requisitos.				
8.4.3	**Información para los proveedores externos** • La organización comunica a los proveedores externos sus requisitos para los procesos, productos y servicios. • Se comunica la aprobación de productos y servicios, métodos, procesos y equipos, la liberación de productos y servicios. • Se comunica la competencia, incluyendo cualquier calificación requerida de las personas. • Se comunica las interacciones del proveedor externo con la organización. Se comunica el control y seguimiento del desempeño del proveedor externo aplicado por la organización.	X			La Entidad establece el estudio de las propuestas que contenga los requisitos para sus productos y servicios, la Contratación se realiza mediante los estipulado en el Manual de Contratación adoptado por la Empresa mediante el Acuerdo 003 de 2008 y sus modificaciones mediante los Acuerdos 009 de 2014 y 003 de 2018 y la Resolución RVP 175 de 2021. El proveedor seleccionado es contactado por la Entidad; por consiguiente, se selecciona el supervisor del contrato, para llevar a cabo la documentación y el control de proveedor.
8.5.1	**PRODUCCIÓN Y PROVISIÓN DEL SERVICIO Control de la producción y de la provisión del servicio** • Se implementa la producción y provisión del servicio bajo condiciones controladas. • Dispone de información documentada que defina las características de los productos a producir, servicios a prestar, o las actividades a desempeñar. • Dispone de información documentada que defina los resultados a alcanzar. • Se controla la disponibilidad y el uso de recursos de seguimiento y medición adecuados.	X			El área de Contabilidad y Presupuesto cuenta como Modelo de Operación por Procesos, la Lista Maestra de Documentación de Gestión Documental que se encuentra ubicado en la Unidad de Almacenamiento SIG-REGISTROS y SIG-DOCUMENTOS.

	• Se controla la implementación de actividades de seguimiento y medición en las etapas apropiadas. • Se controla el uso de la infraestructura y el entorno adecuado para la operación de los procesos. • Se controla la designación de personas competentes. Se controla la validación y revalidación periódica de la capacidad para alcanzar los resultados planificados. Se controla la implementación de acciones para prevenir los errores humanos. Se controla la implementación de actividades de liberación, entrega y posteriores a la entrega.				
8.5.2	**Identificación y trazabilidad** • La organización utiliza medios apropiados para identificar las salidas de los productos y servicios. • Identifica el estado de las salidas con respecto a los requisitos. Se conserva información documentada para permitir la trazabilidad.	X			El área de Contabilidad y Presupuesto cuenta con estanterías establecidas en Archivo Central, el cual se establece la distribución planificada para facilitar el almacenamiento y resguardo de la información.
8.5.3	**Propiedad perteneciente a los clientes o proveedores externos** • La organización cuida la propiedad de los clientes o proveedores externos mientras está bajo el control de la organización o siendo utilizada por la misma. • Se Identifica, verifica, protege y salvaguarda la	X			La Entidad como cliente interno, salvaguarda la información del área de Contabilidad y Presupuesto, a través del Software SYSMAN. En el Procedimiento PA-GCOM-PR-04 ADMINISTRACIÓN DE DISPOSITIVOS DE REDES Y COMUNICACIONES de la Gestión de Sistemas y Comunicaciones, se tiene discriminado las actividades de la realización de las copias de información y la seguridad y restricción de la información. Con la creación de la carpeta, permite comprimir toda la información en un disco duro que queda en custodia del Servidor de Sistemas y Comunicaciones y la seguridad de la información permite la creación de una red interna exclusivo para

	propiedad de los clientes o de los proveedores externos suministrada para su utilización o incorporación en los productos y servicios. Se informa al cliente o proveedor externo, cuando su propiedad se pierda, deteriora o de algún otro modo se considere inadecuada para el uso y se conserva la información documentada sobre lo ocurrido.				la Entidad para masificar la protección de los datos (información de la Entidad, datos históricos, y demás contendido intangible), se evidencia que para la Vigencia 2024 se realizó el respectivo cargue a la NAS.
8.5.4	**Preservación** La organización preserva las salidas en la producción y prestación del servicio, en la medida necesaria para asegurar la conformidad con los requisitos.	X			Durante la Auditoría Interna, se evidencia que la información del Archivo de Gestión está bajo custodia del Profesional de Contabilidad y Presupuesto y la información del Archivo Central bajo la custodia del Auxiliar Administrativo de Archivo, teniendo en cuenta los lineamientos de la Circular 006-2024, la cual estipula en sus artículos 5 y 6 del Acuerdo 042 de 2022 las disposiciones para el manejo de la consulta y préstamo de documentos para trámites internos, así como las medidas de custodia, control y preservación.
8.5.5	**Actividades posteriores a la entrega** • Se cumplen los requisitos para las actividades posteriores a la entrega asociadas con los productos y servicios. • Al determinar el alcance de las actividades posteriores a la entrega la organización considero los requisitos legales y reglamentarios. • Se consideran las consecuencias potenciales no deseadas asociadas a sus productos y servicios. • Se considera la naturaleza, el uso y la vida útil prevista de sus productos y servicios. • Considera los requisitos del cliente. Considera la retroalimentación del cliente.	X			N/A
8.5.6	**Control de cambios**	X			Se cuenta con el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-04 GESTIÓN DEL CAMBIO V4, el

	• La organización revisa y controla los cambios en la producción o la prestación del servicio para asegurar la conformidad con los requisitos. • Se conserva información documentada que describa la revisión de los cambios, las personas que autorizan o cualquier acción que surja de la revisión.				cual establece los lineamientos para planificar los cambios del SIG. La Entidad cuenta con la Matriz PE-SIG-SGC-MT-04 MATRIZ DEL GESTIÓN DE CAMBIO V4.
8.6	**LIBERACIÓN DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS** • La organización implementa las disposiciones planificadas para verificar que se cumplen los requisitos de los productos y servicios. • Se conserva la información documentada sobre la liberación de los productos y servicios. • Existe evidencia de la conformidad con los criterios de aceptación. Existe trazabilidad a las personas que autorizan la liberación.	X			El Área de Contabilidad y Presupuesto cuenta con los procedimientos y del manual respectivo, para garantizar las líneas de defensa de cada una de las actividades y la entrega final de los servicios que realiza el área (los informes financieros PA-GAF-PR-05 RENDICIÓN DE INFORMES FINANCIEROS y directrices para las actividades contables PA-GAF-MA-01 MANUAL DE POLÍTICAS CONTABLES).
8.7.1	**CONTROL DE LAS SALIDAS NO CONFORMES** • La organización se asegura que las salidas no conformes con sus requisitos se identifican y se controlan para prevenir su uso o entrega. • La organización toma las acciones adecuadas de acuerdo a la naturaleza de la no conformidad y su efecto sobre la conformidad de los productos y servicios. • Se verifica la conformidad con los requisitos cuando se corrigen las salidas no conformes.		X		La Entidad cuenta con el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-06 SALIDAS NO CONFORMES; sin embargo, no se tiene documentado Salidas no Conformes para la respectiva Vigencia, se recomienda Capacitación de Salidas no Conformes.

	La organización trata las salidas no conformes de una o más maneras				
8.7.2	La organización conserva información documentada que describa la no conformidad, las acciones tomadas, las concesiones obtenidas e identifique la autoridad que decide la acción con respecto a la no conformidad.		X		La Entidad cuenta con el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-06 SALIDAS NO CONFORMES; sin embargo, no se tiene documentado Salidas no Conformes para la respectiva Vigencia, se recomienda Capacitación de Salidas no Conformes.
9.1.1	**EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO SEGUIMIENTO, MEDICIÓN, ANÁLISIS Y EVALUACIÓN Generalidades** • La organización determina que necesita seguimiento y medición. • Determina los métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación para asegurar resultados válidos. • Determina cuando se lleva a cabo el seguimiento y la medición. • Determina cuando analizar y evaluar los resultados del seguimiento y medición. • Evalúa el desempeño y la eficacia del SGC. Conserva información documentada como evidencia de los resultados.		X		La Entidad cuenta con la Matriz PE-GPD-MT-04 MATRIZ HOJA DE VIDA INDICADORES V5 y PE-GPD-MT-06 MATRIZ DE SEGUIMIENTO DE INDICADORES V1 el cual establece los siguientes métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación. Para la Vigencia 2025, se establecen Indicadores compilados de Riesgo y de Gestión de Resultados para la medición de la vigencia 2024 y finalizando posteriormente la vigencia 2025, para dar cumplimiento a la Resolución 906 de 2019. SF.1.1 Liquidez - L SF.1.2 Eficiencia en el Recaudo - ER SF.1.3 Cubrimiento de costos y Gastos – CG SF.1.4 Relación de Endeudamiento - RDP SF.1.5 Rotación de Cartera de Servicios Públicos en días de pago - RC SF.2.1 EBITDA SF.2.2 Flujos Comprometidos - FC SF.2.3 Endeudamiento GYT.2.1. Valor Económico Agregado - EVA La Entidad cuenta con el Procedimiento PA-GTH-PR-05 EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO LABORAL V4; sin embargo, no se evidencia la Evaluación de Desempeño Laboral de la Profesional de Contabilidad y Presupuesto del Segundo Semestre de la Vigencia 2024.
9.2.1	**AUDITORIA INTERNA** • La organización lleva a cabo auditorías internas a intervalos planificados. • Las auditorías proporcionan información sobre el	X			Realizado por el Auditor Interno de Sistemas en Sistemas Integrados de Gestión HSEQ (ISO 9001:2015, 14001:2015, 45001:2018) con enfoque en Responsabilidad Social Empresarial e ISO/IEC 17025:2017, bajo la Dirección de la Oficina de Control Interno como Auditor Líder.

	SGC conforme con los requisitos propios de la organización y los requisitos de la NTC ISO 9001:2015. • La organización planifica, establece, implementa y mantiene uno o varios programas de auditoría. • Define los criterios de auditoría y el alcance para cada una. • Selecciona los auditores y lleva a cabo auditorías para asegurar la objetividad y la imparcialidad del proceso. • Asegura que los resultados de las auditorias se informan a la dirección. • Realiza las correcciones y toma las acciones correctivas adecuadas. Conserva información documentada como evidencia de la implementación del programa de auditoría y los resultados.				
9.2.2	La organización debe planificar, establecer, implementar y mantener uno o varios programas de auditoría que incluyan la frecuencia, los métodos, las responsabilidades, los requisitos de planificación y la elaboración de informes, que deben tener en consideración la importancia de los procesos involucrados, los cambios que afecten a la organización y los resultados de las auditorías previas.	X			Realizado por el Auditor Interno de Sistemas en Sistemas Integrados de Gestión HSEQ (ISO 9001:2015, 14001:2015, 45001:2018) con enfoque en Responsabilidad Social Empresarial e ISO/IEC 17025:2017, bajo la Dirección de la Oficina de Control Interno como Auditor Líder.
9.3.1	**REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN Generalidades** La alta dirección revisa el SGC a intervalos planificados, para asegurar su conveniencia, adecuación, eficacia y		X		La Entidad cuenta con el Informe de Revisión por la Alta Dirección Vigencia 2024 requeridos por normatividad y Entes de Control; sin embargo, no se tiene documentados acciones de mejora con respeto al Proceso de Gestión Administrativa y Financiera.

	alineación continua con la estrategia de la organización.				
9.3.2	**Entradas de la revisión por la dirección** • La alta dirección planifica y lleva a cabo la revisión incluyendo consideraciones sobre el estado de las acciones de las revisiones previas. • Considera los cambios en las cuestiones externas e internas que sean pertinentes al SGC. • Considera la información sobre el desempeño y la eficiencia del SGC. • Considera los resultados de las auditorías. • Considera el desempeño de los proveedores externos. • Considera la adecuación de los recursos. • Considera la eficiencia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y las oportunidades. Se considera las oportunidades de mejora.	X			**ENTRADAS DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN ESTABLECIDOS EN LA VIGENCIA 2024** • Resultados de Auditorías Internas / Verificados • Política de Calidad / Verificado • Matriz DOFA / Verificado • Matriz STAKEHOLDERS / Verificado • Gestión de Indicadores de Gestión / No Verificados • No Conformidades / Verificadas • Evaluación de Proveedores / Verificados • Adecuación de Recursos del SGC / Verificados • Gestión de Riesgos y Oportunidades / Verificados
9.3.3	**Salidas de la revisión por la dirección** • Las salidas de la revisión incluyen decisiones y acciones relacionadas con oportunidades de mejora. • Incluyen cualquier necesidad de cambio en el SGC. • Incluye las necesidades de recursos. Se conserva información documentada como evidencia de los resultados de las revisiones.	X			**NECESIDADES DE CAMBIOS DEL MIPG / SGC ESTABLECIDOS PARA LA VIGENCIA 2025** • Cambios que puedan afectar el Sistema de Gestión de Calidad; tal como se estableció en el presente informe de Revisión por la dirección, se establecen como cambios prioritarios para la vigencia 2025: • Recertificación del Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001:2015, con el objetivo de ordenar y gestionar la mejora Continua de la entidad, buscando asegurar el cumplimiento de los Requerimientos Legales y generar cumplimiento a las responsabilidades de los funcionarios de la Entidad.

					• Adecuación, mejora de la infraestructura de la sede de la empresa de servicios públicos RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P. • Implementación del Proceso de Gestión de Mantenimiento que incluya el Plan de Mantenimiento de las Instalaciones, Equipo Automotor, Equipos Auxiliares. • Actualización de las Tablas de Retención Documental, debido a la Reestructuración realizada a partir del 26 de octubre de 2022 • Adecuación de la mejora del Laboratorio de RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P.
10.1	**MEJORA Generalidades** La organización ha determinado y seleccionado las oportunidades de mejora e implementado las acciones necesarias para cumplir con los requisitos del cliente y mejorar su satisfacción.	X			La Entidad cuenta con el Plan de Mejoramiento 2024 SGA con fecha de suscripción del 01 de noviembre de 2024, se identifica para Contabilidad y Presupuesto 3 No Conformidades, con las acciones a implementar respectivas, soporte de evidencias, metas de cumplimiento, con fecha de inicio – final, responsable y estado de la No Conformidad.
10.2.1	**NO CONFORMIDAD Y ACCIÓN CORRECTIVA** • La organización reacciona ante la no conformidad, toma acciones para controlarla y corregirla. • Evalúa la necesidad de acciones para eliminar las causas de la no conformidad. • Implementa cualquier acción necesaria, ante una no conformidad. • Revisa la eficacia de cualquier acción correctiva tomada. • Actualiza los riesgos y oportunidades de ser necesario. • Hace cambios al SGC si fuera necesario.			X	Durante la Auditoría Interna, se realiza la revisión de las No Conformidades del área de Contabilidad y Presupuesto: 1. La Entidad cuenta con el Manual de Funciones de Competencias Laborales RD-GD-042 establecido en el Acuerdo 002 de 2022 (26 de octubre de 2022). En el Manual suscrito se establecen 26 funciones para el Profesional de Contabilidad y Presupuesto, que forma parte del Proceso de Gestión Administrativa y Financiera; sin embargo, se evidencia duplicidad en las funciones No. 5 y No. 6, la función No. 7 la presentación de los informes lo realiza el Revisor Fiscal, la función No. 8 no es coherente con la redacción con duplicidad de informes contables, la función No. 9 se evidencia duplicidad en la función No. 8, la función No. 13 no se específica el apoyo enfocado a las actividades contables, la función No. 20 no se realiza conciliación de cuentas con el presupuesto de la tesorería y la función No. 23 no es coherente porque se deben hacer referencia a las funciones propias del cargo que se desempeña por el funcionario a quien se asignan, como se establece en el Concepto 203071 de 2023 de la DAFP, incumpliendo con el Numeral 7.5.1 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.

	Las acciones correctivas son apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas.				• **La No Conformidad no cerrada / se continua con el avance por parte de la Alta Dirección.** 2. El Área de Contabilidad y Presupuesto cuenta con las carpetas (Comprobantes de Contabilidad, Crédito Tesorería Banco de Bogotá, Deuda Pública y Fiducia Cartas de Cierre, Depreciación Deterioro de Cartera, Costo de Mercancías, Código de Medidores y Registros, se evidencia que las carpetas no se encuentran debidamente foliadas, no se tiene documento ni diligenciados la información física y digital en el formato PA-ID-GD-FO-01 FORMULARIO ÚNICO DE INVENTARIO DOCUMENTAL, incumpliendo con el Numeral 7.5.3 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015. • **La No Conformidad no cerrada** 3. El Área de Contabilidad y Presupuesto cuenta con el Procedimiento PA-GAF-PR-05 RENDICIÓN DE INFORMES FINANCIEROS, se establece en el Numeral 1 Planear cierre periodo intermedio o final según aplique, como requisito / documento el cual se describe el formato PA-GAF-CP-FO-01 Cronograma de Informes Financieros, el cual no se evidencia su respectivo diligenciamiento, incumpliendo con el Numeral 8.1 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015. • **La No Conformidad está cerrada**
10.2.2	Se conserva información documentada como evidencia de la naturaleza de las no conformidades, cualquier acción tomada y los resultados de la acción correctiva.	X			La Entidad cuenta con el Plan de Mejoramiento 2024 SGA con fecha de suscripción del 01 de noviembre de 2024, se identifica para Contabilidad y Presupuesto 3 No Conformidades, con las acciones a implementar respectivas, soporte de evidencias, metas de cumplimiento, con fecha de inicio – final, responsable y estado de la No Conformidad.
10.3	**MEJORA CONTINUA** • La organización mejora continuamente la conveniencia, adecuación y eficacia del SGC. Considera los resultados del análisis y evaluación, las	X			**NECESIDADES DE CAMBIOS DEL MIPG / SGC** • Cambios que puedan afectar el Sistema de Gestión de Calidad; tal como se estableció en el presente informe de Revisión por la dirección, se establecen como cambios prioritarios para la vigencia 2025:

	salidas de la revisión por la dirección, para determinar si hay necesidades u oportunidades de mejora.				• Recertificación del Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001:2015, con el objetivo de ordenar y gestionar la mejora Continua de la entidad, buscando asegurar el cumplimiento de los Requerimientos Legales y generar cumplimiento a las responsabilidades de los funcionarios de la Entidad. • Adecuación, mejora de la infraestructura de la sede de la empresa de servicios públicos RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P. • Implementación del Proceso de Gestión de Mantenimiento que incluya el Plan de Mantenimiento de las Instalaciones, Equipo Automotor, Equipos Auxiliares. • Actualización de las Tablas de Retención Documental, debido a la Reestructuración realizada a partir del 26 de octubre de 2022 • Adecuación de la mejora del Laboratorio de RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P.

CONFORMIDADES

La Entidad cuenta con la Matriz DOFA ESTRATÉGICA INSTITUCIONAL PE-GPD-MT-02 V4 que establece las cuestiones externas e internas específicamente, cumpliendo con el Numeral 4.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con la MATRIZ DE GRUPOS DE INTERÉS (STAKEHOLDERS) PE-GPD-MT-03 V4 que establece las partes interesadas internas y externas con sus respectivos lineamientos de necesidades y requisitos legales., cumpliendo con el Numeral 4.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con el ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD PE-SIG-SGC-FO-04 V4, cumpliendo con el Numeral 4.3 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con la CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS PE-GPD-CA-01 V3, en el cual establece los procesos necesarios que impactan el SGC, se tiene el Proceso de Gestión Administrativa y Financiera, el cual está vinculado al área de Contabilidad y Presupuesto, donde se tiene definido los proveedores, entradas y salidas en el Ciclo PHVA., cumpliendo con el Numeral 4.4.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Alta Dirección de la Entidad establece compromiso con el SGC, como lo establece en el Plan PE-GPD-PL-01 PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL, describe el cumplimiento a las premisas establecidas en el Sistema de Calidad de la Entidad, Gestión eficaz del Riesgo, la prevención de los riesgos asociados a la Seguridad y Salud en el Trabajo, para prevenir accidentes laborales y enfermedades laborales, promoviendo el mejoramiento continuo de los procesos para contar con los más altos estándares de calidad garantizando la satisfacción del cliente, cumpliendo con el Numeral 5.1.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad establece la Matriz PV-CI-MC-MT-01 MATRIZ GESTIÓN DE RIESGO Y OPORTUNIDADES V4, donde se determinan los riesgos y oportunidades que puedan afectar a la conformidad de los productos y servicios de los procesos con sus acciones de mitigación, evaluación de controles y evidencia de cumplimiento y las oportunidades integrales, cumpliendo con el Numeral 5.1.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con la POLÍTICA SGC PE-SIG-SGC-PO-01 V3, que busca satisfacer las necesidades y expectativas de sus grupos de interés, en los procesos de ACUEDUCTO. ALCANTARILLADO Y ASEO, alineado con el cumplimiento normativo de la competencia técnica de nuestro LABORATORIO DE AGUA POTABLE, asegurando la precisión, imparcialidad y confiabilidad de nuestros resultados en los procesos de tratamiento, garantizando la calidad y seguridad en el consumo de agua potable a nuestros usuarios, generando un servicio público integral de calidad, a través de la gestión eficaz de los riesgos y oportunidades, dando cumplimiento a los requisitos legales y a la Planeación Estratégica; contando con un talento humano competente y comprometido, para así mantener la eficacia y la mejora continua del Sistema de Gestión, cumpliendo con el Numeral 5.2.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con una página web institucional, en el cual se tiene publicado la Política SGC en la página web https://redvitalpaipasaesp.com/informacion-de-entidad/politica-de-calidad-del-sistema-de-la-gestion-de-la-calidad-iso-90012015-red-vital-paipa-s-a-e-s-p/, también se tiene documentado en el Plan PE-GPD-PL-01 PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL, cumpliendo con el Numeral 5.2.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con una estructura organizacional definida para el SGC, como se establece en la Matriz PE-SIG-SGC-MT-03 MATRIZ DE ROLES, RESPONSABILIDADES Y AUTORIDADES V3, cada proceso de la Entidad contiene el responsable con la autoridad para sustentar la información requerida por la Alta Dirección, cumpliendo con el Numeral 5.3 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad establece la Matriz PV-CI-MC-MT-01 MATRIZ GESTIÓN DE RIESGO Y OPORTUNIDADES V4, donde se determinan los riesgos y oportunidades que puedan afectar a la conformidad de los productos y servicios de los procesos con sus acciones de mitigación, evaluación de controles y evidencia de cumplimiento y las oportunidades integrales, cumpliendo con los Numerales 6.1.1 y 6.1.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con los OBJETIVOS DE CALIDAD PE-SIG-SGC-OD-01 V3, que se encuentran contemplados en la Matriz PE-GPD-MT-04 MATRIZ DE INDICADORES Y DESPLIEGUES PE-GPD-MT-04 V4 que se encuentra en Actualización, el cual establece los recursos, los responsables y sus respectivos métodos de medición y desempeño, cumpliendo con los Numerales 6.2.1 y 6.2.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad Se cuenta con el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-04 GESTIÓN DEL CAMBIO V4, el cual establece los lineamientos para planificar los cambios del SIG. La Entidad cuenta con la Matriz PE-SIG-SGC-MT-04 MATRIZ DEL GESTIÓN DE CAMBIO V4., cumpliendo con el Numeral 6.3 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad está contenida con una planta de persona 100 funcionarios; 21 administrativos, 17 funcionarios de Acueducto, 14 funcionarios de Alcantarillado, y 43 funcionarios de Aseo para implementación, mantenimiento y mejora continua del SGC, cumpliendo con el Numeral 7.1.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

El área de Contabilidad y Presupuesto está liderada por el Subgerente General Administrativo y el Profesional de Contabilidad y Presupuesto, como se establecen en el Manual de Funciones y Competencias Laborales RD-GD-042., cumpliendo con el Numeral 7.1.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

Durante la Auditoría, se evidencia que el área de Contabilidad y Presupuesto cuenta con inmobiliario adecuado para el Profesional de Contabilidad y Presupuesto, desde los elementos informáticos, elementos ergonómicos y de mesa de trabajo para el desarrollo de las actividades, cumpliendo con el Numeral 7.1.4 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con el Plan PA-GTH-DC-PL-02 PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN V10 y el Plan PA-GTH-DC-PL-05 PLAN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN V3 para definir de manera planificada las estrategias en materia de gestión del conocimiento en la Entidad, cumpliendo con el Numeral 7.1.6 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

El Área de Contabilidad y Presupuesto cuenta con el Profesional de Contabilidad y Presupuesto el Contrato de Trabajo a Término Fijo 003-2025 de 14 de enero de 2025, 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, cumpliendo con el Numeral 7.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

El Área de Contabilidad y Presupuesto cuenta con el personal idóneo para su direccionamiento, se tiene el dominio de la Política de Calidad y los Objetivos de Calidad, cumpliendo con el Numeral 7.3 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

Durante la Auditoria al Profesional de Contabilidad y Presupuesto, se evidencia que se mantiene el manejo de la información de forma verbal y escrita, cuenta con trazabilidad de información., cumpliendo con el Numeral 7.4 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad establece el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-01 CONTROL DE INFORMACIÓN DOCUMENTADA V4, con los lineamientos pertinentes a la creación, actualización, identificación, revisión, aprobación, control, protección, distribución, almacenamiento, conservación y disposición de la información documentada requerida por la Entidad y el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-03 MANTENIMIENTO Y CONSERVACIÓN DOCUMENTAL V4 con los contenidos adecuados para la conservación de los documentos de las Listas Maestras de Documentación de la Empresa de Servicios Públicos Domiciliarios Red Vital Paipa S.A. E.S.P., con el fin de protegerla de manejos u , cumpliendo con el Numeral 7.5.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad establece el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-01 CONTROL DE INFORMACIÓN DOCUMENTADA V4, con los lineamientos pertinentes a la creación, actualización, identificación, revisión, aprobación, control, protección, distribución, almacenamiento, conservación y disposición de la información documentada requerida por la Entidad., cumpliendo con el Numeral 7.5.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad establece el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-01 CONTROL DE INFORMACIÓN DOCUMENTADA V4, con los lineamientos pertinentes a la creación, actualización, identificación, revisión, aprobación, control, protección, distribución, almacenamiento, conservación y disposición de la información documentada requerida por la Entidad., cumpliendo con el Numeral 7.5.3.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad contempla los medios físicos y digitales autorizados para las comunicaciones internas y externas; se evidencia que el área de Contabilidad y Presupuesto encabezado por la líder de proceso, se mantiene el manejo de la información de forma verbal y escrita, los cuales cuentan con trazabilidad de información., cumpliendo con el Numeral 8.2.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con la Matriz PE-GJ-MT-01 MATRIZ DE REQUISITOS LEGALES V3 que documenta los requisitos legales y reglamentarios para dar cumplimiento a la prestación eficiente, segura y conforme de los servicios públicos de acueducto, alcantarillado y aseo, en el marco del Sistema Integrado de Gestión, se tiene establecido la normatividad para la Gestión Administrativa y Financiera establecido en los Resoluciones,

Decretos y Leyes a los cuales se aplican para la Entidad, cumpliendo con el Numeral 8.2.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

El área de Contabilidad y Presupuesto cuenta con los procedimientos y el manual del área contable para los requerimientos y necesidades de los clientes internos de la Entidad, cumpliendo con los Numerales 8.2.3.1 y 8.2.3.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

El área de Contabilidad y Presupuesto bajo el liderazgo de la Subgerencia General Administrativa puede realizar las respectivas solicitudes de gestión de cambio, necesidades de requerimientos y generación de nuevos procedimientos, cumpliendo con el Numeral 8.2.4 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con un Manual de Contratación adoptado por la Empresa mediante el Acuerdo 003 de 2008 y sus modificaciones mediante los Acuerdos 009 de 2014 y 003 de 2018 y la Resolución RVP 175 de 2021 y el Procedimiento PA-GC-PR-01 EVALUACIÓN DE PROVEEDORES V4 establecen la metodología para la modalidad contractual y la evaluación del seguimiento de proveedores teniendo en cuenta criterios normativos y técnicos que den a lugar respectivamente, cumpliendo con el Numeral 8.4.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad establece el estudio de las propuestas que contenga los requisitos para sus productos y servicios, la Contratación se realiza mediante los estipulado en el Manual de Contratación adoptado por la Empresa mediante el Acuerdo 003 de 2008 y sus modificaciones mediante los Acuerdos 009 de 2014 y 003 de 2018 y la Resolución RVP 175 de 2021. El proveedor seleccionado es contactado por la Entidad; por consiguiente, se selecciona el supervisor del contrato, para llevar a cabo la documentación y el control de proveedor, cumpliendo con el Numeral 8.4.3 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

El área de Contabilidad y Presupuesto cuenta como Modelo de Operación por Procesos, la Lista Maestra de Documentación de Gestión Documental que se encuentra ubicado en la Unidad de Almacenamiento SIG-REGISTROS y SIG-DOCUMENTOS, cumpliendo con el Numeral 8.5.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

El área de Contabilidad y Presupuesto cuenta con estanterías establecidas en Archivo Central, el cual se establece la distribución planificada para facilitar el almacenamiento y resguardo de la información, cumpliendo con el Numeral 8.5.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad como cliente interno, salvaguarda la información del área de Contabilidad y Presupuesto, a través del Software SYSMAN. En el Procedimiento PA-GCOM-PR-04 ADMINISTRACIÓN DE DISPOSITIVOS DE REDES Y COMUNICACIONES de la Gestión de Sistemas y Comunicaciones, se tiene discriminado las actividades de la realización de las copias de información y la seguridad y restricción de la información. Con la creación de la carpeta, permite comprimir toda la información en un disco duro que queda en custodia del Servidor de Sistemas y Comunicaciones y la seguridad de la información permite la creación de una red interna exclusivo para la Entidad para masificar la protección de los datos (información de la Entidad, datos históricos, y demás contendido intangible), se evidencia que para la Vigencia 2024 se realizó el respectivo cargue a la NAS, cumpliendo con el Numeral 8.5.3 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

Durante la Auditoría Interna, se evidencia que la información del Archivo de Gestión está bajo custodia del Profesional de Contabilidad y Presupuesto y la información del Archivo Central bajo la custodia del Auxiliar Administrativo de Archivo, teniendo en cuenta los lineamientos de la Circular 006-2024, la cual estipula en sus artículos 5 y 6 del Acuerdo 042 de 2022 las disposiciones para el manejo de la consulta y préstamo de documentos para trámites internos, así como las medidas de custodia, control y preservación, cumpliendo con el Numeral 8.5.4 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-04 GESTIÓN DEL CAMBIO V4, el cual establece los lineamientos para planificar los cambios del SIG. La Entidad cuenta con la Matriz PE-SIG-SGC-MT-04 MATRIZ DEL GESTIÓN DE CAMBIO V4. El área de Contabilidad y Presupuesto cuenta con el Modelo de Operación por Procesos para la Gestión Administrativa y Financiera de los cambios que sean necesarios, cumpliendo con el Numeral 8.5.6 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

El Área de Contabilidad y Presupuesto cuenta con los procedimientos y del manual respectivo, para garantizar las líneas de defensa de cada una de las actividades y la entrega final de los servicios que realiza el área (los informes financieros se encuentran establecidos en el procedimiento PA-GAF-PR-05 RENDICIÓN DE INFORMES FINANCIEROS y directrices para las actividades contables se encuentran establecidas en el Manual PA-GAF-MA-01 MANUAL DE POLÍTICAS CONTABLES). cumpliendo con el Numeral 8.6 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con el Informe de Revisión por la Alta Dirección Vigencia 2024 requeridos por normatividad y Entes de Control, cuenta con las Necesidades de Cambio del MIPG / SIG, cumpliendo con los Numerales 9.3.2 y 9.3.3 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con el Plan de Mejoramiento 2024 SGA con fecha de suscripción del 01 de noviembre de 2024, se identifica para Contabilidad y Presupuesto 3 No Conformidades, con las acciones a implementar respectivas, soporte de evidencias, metas de cumplimiento, con fecha de inicio – final, responsable y estado de la No Conformidad, cumpliendo con el Numeral 10.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con el Plan de Mejoramiento 2024 SGA con fecha de suscripción del 01 de noviembre de 2024, se identifica para Contabilidad y Presupuesto 3 No Conformidades, con las acciones a implementar respectivas, soporte de evidencias, metas de cumplimiento, con fecha de inicio – final, responsable y estado de la No Conformidad, cumpliendo con el Numeral 10.2.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con el Informe de Revisión por la Alta Dirección Vigencia 2024 requeridos por normatividad y Entes de Control, se tiene proyección de acciones de mejoramiento para la Vigencia 2025 para su ejecución, cumpliendo con el Numeral 10.3 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

OBSERVACIONES

El área de Contabilidad y Presupuesto cuenta con cinco (5) procedimientos y un (1) manual; sin embargo, se evidencia que se debe realizar en colaboración con la Oficina de Sistema Integrado de Gestión revisión final de los procedimientos y la actualización con la Alta Dirección y demás áreas competentes del Manual de Políticas Contables. (Numeral 8.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015).

La Entidad cuenta con el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-06 SALIDAS NO CONFORMES; sin embargo, no se tiene documentado Salidas no Conformes para la respectiva Vigencia, se recomienda Capacitación de Salidas no Conformes. (Numerales 8.7.1 y 8.7.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015).

La Entidad cuenta con la Matriz PE-GPD-MT-04 MATRIZ HOJA DE VIDA INDICADORES V5 y PE-GPD-MT-06 MATRIZ DE SEGUIMIENTO DE INDICADORES V1 el cual establece los siguientes métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación. Para la Vigencia 2025, se establecen Indicadores compilados de Riesgo y de Gestión de Resultados para la medición de la vigencia 2024 y finalizando posteriormente la vigencia 2025, para dar cumplimiento a la Resolución 906 de 2019. La Entidad cuenta con el Procedimiento PA-GTH-PR-05 EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO LABORAL V4; sin embargo, no se evidencia la Evaluación de Desempeño Laboral de la Profesional de Contabilidad y Presupuesto del Primer Semestre de la Vigencia 2025. (Numerales 9.1.1 y 9.1.3 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015).

La Entidad cuenta con el Informe de Revisión por la Alta Dirección Vigencia 2024 requeridos por normatividad y Entes de Control; sin embargo, no se tiene documentados acciones de mejora con respeto el área de Contabilidad y Presupuesto. (Numeral 9.3.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015).

NO CONFORMIDADES

El área de Contabilidad y Presupuesto no cuenta con la estantería adecuada para el Archivo de Gestión, incumpliendo con el Numeral 7.1.3 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

El área de Contabilidad y Presupuesto no cuenta con Tablas de Retención Documental, no se están manejando series documentales establecidas, no cuenta con el Diligenciamiento del FUID, para dar a conocer el Inventario Documental, incumpliendo con el Numeral 7.5.3.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con el PV-CI-MC-FO-05 PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL, en el cual se establecen las No Conformidades de los Procesos de la Subgerencia General Administrativa; se evidencia que se no se han cerrado todas las No Conformidades respectivas del área de Contabilidad y Presupuesto, incumpliendo con el Numeral 10.2.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.



ANDREW MASAMI ASAKURA GARCIA
Profesional del Sistema Integrado de Gestión

C.C. 1.053.605.825
Auditor Interno HSEQ (ISO 9001:2051, ISO 14001:2015, ISO 45001:2015) Enfoque en RSE
Auditor Interno ISO/IEC 17025:2017

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	CORTE A 31 DE OCTUBRE DE 2025
FECHA DE LA AUDITORÍA	05, 06, 09 DE DICIEMBRE DE 2025
FECHA DE INFORME	18 DE DICIEMBRE DE 2025
NIVEL DE PROCESO	Dependencias
APOYO (Subgerencia General Administrativa)	Gestión Contractual
PROCESO / ÁREA AUDITADO	Contratación
PERSONAL AUDITADO	Profesional de Contratación
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 a los criterios seleccionados, los requisitos reglamentarios, contractuales y legales aplicables.
CRITERIOS DE AUDITORÍA	Lista Maestra de Documentación
EQUIPO AUDITOR	Andrew Masami Asakura Garcia

CONTEXTO

Teniendo en cuenta la Circular 026 de 2025 del 10 de junio 2025, emitido por la Oficina de Control Interno, se realiza la Auditoría Interna ISO 9001:2015 y demás normas aplicables al sector de servicios públicos domiciliarios, se ejecuta la Auditoría Interna de Segunda Parte por parte de la Dependencia de Sistema Integrado de Gestión, para dar cumplimiento al Plan Anual de Auditorías Internas como se establece en la Resolución RVP 075 de 2025. La Auditoría Interna esta soportada en base a 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 9, 14, 16 y 19.

9. **Realizar los análisis del cumplimiento de las políticas a cargo de la entidad y proponer mejoras para su adecuada implementación y mejora en la gestión y el desempeño de las entidades públicas.**
14. **Realización de la auditoría interna del sistema integrado de gestión QHSE.**
16. **Revisar y auditar los requisitos para establecer brechas e implementar y surtir en el proceso de certificación 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.**

LISTA DE CHEQUEO ISO 9001:2015

Numeral	Requisito	Cumplimiento C	Cumplimiento OBS	Cumplimiento NC	Observaciones
7.5.3.1	**Control de la información documentada** La información documentada requerida por el sistema de gestión de la calidad y por esta Norma Internacional se debe controlar para asegurarse de que: a) esté disponible y sea idónea para su uso, donde y cuando se necesite; b) esté protegida adecuadamente (por ejemplo, contra pérdida de la confidencialidad, uso inadecuado o pérdida de integridad).		X		La Entidad cuenta con Tablas de Retención Documental establecidas en la Resolución RVP 170 de 2021 que permite la organización de la documentación direccionada de las áreas administrativas y operacionales; sin embargo, se están manejando series documentales que no encuentran establecidos, no se encuentra actualizado correctamente las TRD desde la Reestructuración realizada el 26 de octubre de 2022. 30 Contratos CONTRATO 003-2025 / EDS ESTACION LA TURISTICA DE PAIPA SAS DURACIÓN 11 MESES CDP 2025000002 RP 2025000018 / 28/01/2025 CONTRATO 003-2025 / 24/01/2025 / $ 210.000.000 PÓLIZA / DE CUMPLIMIENTO / RIESGO SUMINISTRO DE BIENES / FECHA DE EXPEDICIÓN 28/01/2025 ACTA DE INICIO / 28/01/2025 ADICIONAL CONTRATO 003-2025 / 22/10/2025 / $ 60.000.000 FECHA DE TERMINACIÓN / 27/12/2025 INFORME DE SUPERVISIÓN 001 / 3 FOLIOS INFORME DE SUPERVISIÓN 002 / 4 FOLIOS INFORME DE SUPERVISIÓN 003 / 3 FOLIOS + CUADRO DE RELACIÓN INFORME DE SUPERVISIÓN 004 / 4 FOLIOS + CUADRO DE RELACIÓN INFORME DE SUPERVISIÓN 005 / 4 FOLIOS + CUADRO DE RELACIÓN INFORME DE SUPERVISIÓN 006 / 4 FOLIOS + CUADRO DE RELACIÓN INFORME DE SUPERVISIÓN 007 / 4 FOLIOS + CUADRO DE RELACIÓN INFORME DE SUPERVISIÓN 008 / 3 FOLIOS + CUADRO DE RELACIÓN INFORME DE SUPERVISIÓN 009 / 3 FOLIOS + CUADRO DE RELACIÓN

					CONTRATO 010-2025 / INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TECNICAS Y CERTIFICACION ICONTEC DURACIÓN 2 MESES CDP 2025000051 10/02/2025 RP 2025000053 13/02/2025 CONTRATO 010-2025 / 13/02/2025 / $ 7.768.320 ACTA DE INICIO / 13/02/2025 ADICIONAL CONTRATO 010-2025 / 15/04/2025 / $ 2.614.640 FECHA DE TERMINACIÓN / 12/04/2025 NO SE ENCUENTRA PRÓRROGA DE TIEMPO INFORME DE SUPERVISIÓN 001 / 23 FOLIOS / 16/05/2025 CONTRATO 013-2025 / INDUSTRIAS DONSSON SAS DURACIÓN 3 MESES CDP 2025000052 10/02/2025 RP 2025000059 18/02/2025 CONTRATO 013-2025 / 18/02/2025 / $ 10.308.613 ACTA DE INICIO / 18/02/2025 FECHA DE TERMINACIÓN / 17/04/2025 ACTA DE LIQUIDACIÓN ANTICIPADA 24/02/2025 INFORME DE SUPERVISIÓN LIQUIDACIÓN / 9 FOLIOS / 25/02/2025 CONTRATO 014-2025 / ANALIZAR LABORATORIO FISICOQUIMICO LTDA DURACIÓN 10 MESES CDP 2025000042 07/02/2025 RP 2025000061 18/02/2025 CONTRATO 014-2025 / 18/02/2025 / $ 45.743.600 ACTA DE INICIO / 24/02/2025 FECHA DE TERMINACIÓN / 23/12/2025

					INFORME DE SUPERVISIÓN 001 / 4 FOLIOS / 09/05/2025 INFORME DE SUPERVISIÓN 002 / 4 FOLIOS / 04/07/2025 INFORME DE SUPERVISIÓN 003 / 4 FOLIOS / 06/09/2025 CONTRATO 015-2025 / AMAURY AMET VARELA PATARROYO DURACIÓN 6 MESES CDP 2025000064 17/02/2025 RP 2025000060 18/02/2025 CONTRATO 015-2025 / 18/02/2025 / $ 20.202.402 ACTA DE INICIO / 18/02/2025 ADICIONAL Y PRÓRROGA CONTRATO 015-2025 / 19/08/2025 / $ 10.101.201 FECHA DE TERMINACIÓN / 17/11/2025 INFORME DE SUPERVISIÓN 001 / 7 FOLIOS / 21/03/2025 INFORME DE SUPERVISIÓN 002 / 7 FOLIOS / 23/04/2025 INFORME DE SUPERVISIÓN 003 / 7 FOLIOS / 20/05/2025 INFORME DE SUPERVISIÓN 004 / 8 FOLIOS / 18/06/2025 INFORME DE SUPERVISIÓN 005 / 8 FOLIOS / 18/07/2025 / 4 FOLIOS CARGADOS INFORME DE SUPERVISIÓN 006 / 8 FOLIOS / 19/08/2025 INFORME DE SUPERVISIÓN 007 / 8 FOLIOS / 18/09/2025 INFORME DE SUPERVISIÓN 008 / 8 FOLIOS / 18/10/2025 CONTRATO 016-2025 / AYG AUDITORIA Y GESTION INTEGRAL SAS DURACIÓN 6 MESES CDP 2025000065 18/02/2025 RP 2025000060 19/02/2025 CONTRATO 016-2025 / 19/02/2025 / $ 46.200.000 OTRO SI CONTRATO 016-2025 / 06/05/2025 / $ 9.240.000 ACTA DE INICIO / 19/02/2025 FECHA DE TERMINACIÓN / 18/02/2026

					INFORME DE SUPERVISIÓN 001 / 7 FOLIOS / 18/03/2025 / CARGADO COMO ACTA PARCIAL 001-2025 INFORME DE SUPERVISIÓN 002 / 7 FOLIOS / 16/04/2025 INFORME DE SUPERVISIÓN 003 / 6 FOLIOS / 19/05/2025 INFORME DE SUPERVISIÓN 004 / 6 FOLIOS / 18/06/2025 INFORME DE SUPERVISIÓN 005 / 6 FOLIOS / 19/07/2025 INFORME DE SUPERVISIÓN 006 / 6 FOLIOS / 19/08/2025 INFORME DE SUPERVISIÓN 007 / 6 FOLIOS / 19/09/2025 INFORME DE SUPERVISIÓN 008 / 7 FOLIOS / 19/10/2025 INFORME DE SUPERVISIÓN 009 / 7 FOLIOS / 19/11/2025 CONTRATO 018-2025 / HACH COLOMBIA S.A.S. DURACIÓN 10 MESES CDP 2025000041 05/02/2025 RP 2025000058 21/02/2025 CONTRATO 018-2025 / 21/02/2025 / $ 16.119.056,91 ACTA DE INICIO / 24/02/2025 INFORME DE SUPERVISIÓN 001 / 5 FOLIOS / 01/04/2025 FECHA DE TERMINACIÓN / 23/12/2025 ACTA DE LIQUIDACIÓN / 20/05/2025 INFORME DE SUPERVISIÓN LIQUIDACIÓN / 4 FOLIOS / 20/05/2025 CONTRATO 019-2025 / IMPORTADORES EXPORTADORES SOLMAQ S.A.S. DURACIÓN 9 MESES CDP 2025000041 10/02/2025 RP 2025000065 24/02/2025 CONTRATO 019-2025 / 24/02/2025 / $ 59.798.887 PÓLIZA / DE CUMPLIMIENTO / RIESGO SUMINISTRO DE BIENES / FECHA DE EXPEDICIÓN 24/02/2025 ACTA DE INICIO / 05/03/2025

					FECHA DE TERMINACIÓN / 04/12/2026 INFORME DE SUPERVISIÓN 001 / 6 FOLIOS / 26/03/2025 INFORME DE SUPERVISIÓN 002 / 18 FOLIOS / 23/04/2025 INFORME DE SUPERVISIÓN 003 / 7 FOLIOS / 17/07/2025 INFORME DE SUPERVISIÓN 004 / 12 FOLIOS / 26/08/2025 INFORME DE SUPERVISIÓN 005 / 9 FOLIOS / 16/10/2025 CONTRATO 021-2025 / CARLOS URIEL CELIS GOMEZ DURACIÓN 3 MESES CDP 2025000070 24/02/2025 RP 2025000071 25/02/2025 CONTRATO 021-2025 / 25/02/2025 / $ 47.538.000 PÓLIZA / DE CUMPLIMIENTO / RIESGO SUMINISTRO DE BIENES / FECHA DE EXPEDICIÓN 26/02/2025 ACTA DE INICIO / 26/02/2025 INFORME DE SUPERVISIÓN 001 / 5 FOLIOS / 01/04/2025 FECHA DE TERMINACIÓN / 23/12/2025 ACTA DE LIQUIDACIÓN / 20/05/2025 INFORME DE SUPERVISIÓN LIQUIDACIÓN / 4 FOLIOS / 20/05/2025 CONTRATO 022-2025 / LUBESOL SAS DURACIÓN 3 MESES CDP 2025000071 24/02/2025 RP 2025000072 25/02/2025 CONTRATO 022-2025 / 25/02/2025 / $ 13.000.000 PÓLIZA / DE CUMPLIMIENTO / RIESGO SUMINISTRO DE BIENES / FECHA DE EXPEDICIÓN 26/02/2025 ACTA DE INICIO / 25/02/2025 ADICIONAL CONTRATO 022-2025 / 16/05/2025 / $ 1.677.424 FECHA DE TERMINACIÓN / 24/05/2025

					ACTA DE LIQUIDACIÓN / 22/05/2025 INFORME DE SUPERVISIÓN LIQUIDACIÓN / 9 FOLIOS / 22/05/2025 CONTRATO 025-2025 / S Y M ASOCIADOS S.A. DURACIÓN 15 DÍAS CDP 2025000003 02/01/2025 RP 2025000086 04/03/2025 CONTRATO 025-2025 / 04/03/2025 / $ 15.307.720,06 ACTA DE INICIO / 08/03/2025 ADICIONAL CONTRATO 025-2025 / 16/05/2025 / $ 1.677.424 NO SE EVIDENCIA LIQUIDACIÓN CONTRATO 026-2025 / MANUEL ANIBAL NOCUA DUEÑAS DURACIÓN 8 MESES CDP 2025000043 07/02/2025 RP 2025000087 05/03/2025 CONTRATO 026-2025 / 05/03/2025 / $ 49.999.100 PÓLIZA / DE CUMPLIMIENTO / RIESGO SUMINISTRO DE BIENES / FECHA DE EXPEDICIÓN 11/03/2025 ACTA DE INICIO / 11/03/2025 ADICIONAL CONTRATO 022-2025 / 19/08/2025 / $ 24.999.000 PÓLIZA / DE CUMPLIMIENTO / RIESGO SUMINISTRO DE BIENES / FECHA DE EXPEDICIÓN 19/08/2025 FECHA DE TERMINACIÓN / 10/11/2025 ACTA DE LIQUIDACIÓN / 12/09/2025 INFORME DE SUPERVISIÓN LIQUIDACIÓN / 4 FOLIOS / 12/09/2025 CONTRATO 027-2025 / QUIMICOS INDUSTRIALES ASOCIADOS SAS

					DURACIÓN 9 MESES CDP 2025000081 03/03/2025 RP 2025000088 11/03/2025 CONTRATO 027-2025 / 11/03/2025 / $ 56.826.784 PÓLIZA / DE CUMPLIMIENTO / RIESGO SUMINISTRO DE BIENES / FECHA DE EXPEDICIÓN 12/03/2025 ACTA DE INICIO / 14/03/2025 INFORME DE SUPERVISIÓN 001 / 4 FOLIOS / 22/04/2025 INFORME DE SUPERVISIÓN 002 / 4 FOLIOS / 15/05/2025 INFORME DE SUPERVISIÓN 003 / 4 FOLIOS / 17/06/2025 INFORME DE SUPERVISIÓN 004 / 3 FOLIOS / 18/07/2025 INFORME DE SUPERVISIÓN 005 / 3 FOLIOS / 14/08/2025 INFORME DE SUPERVISIÓN 006 / 3 FOLIOS / 11/09/2025 INFORME DE SUPERVISIÓN 007 / 3 FOLIOS / 27/10/2025 INFORME DE SUPERVISIÓN 008 / 3 FOLIOS / 12/11/2025 FECHA DE TERMINACIÓN / 13/12/2025 CONTRATO 028-2025 / FERRETERIA FORERO SA DURACIÓN 4 MESES CDP 2025000090 05/03/2025 RP 2025000091 05/03/2025 CONTRATO 028-2025 / 05/03/2025 / $ 24.954.300 ACTA DE INICIO / 12/03/2025 INFORME DE SUPERVISIÓN 001 / 8 FOLIOS / 29/03/2025 ADICIONAL CONTRATO 028-2025 / 14/05/2025 / $ 11.781.000 FECHA DE TERMINACIÓN / 04/07/2025 ACTA DE LIQUIDACIÓN / 29/05/2025 INFORME DE SUPERVISIÓN LIQUIDACIÓN / 5 FOLIOS / 29/09/2025 CONTRATO 035-2025 / EDY CRISTINA CAMARGO

					DURACIÓN 6 MESES CDP 2025000087 04/03/2025 RP 2025000123 31/03/2025 / SIN FIRMA CONTRATO 028-2025 / 28/03/2025 / $ 40.000.000 PÓLIZA / DE CUMPLIMIENTO / RIESGO SUMINISTRO DE BIENES / FECHA DE EXPEDICIÓN 07/04/2025 ACTA DE INICIO / 08/04/2025 INFORME DE SUPERVISIÓN 001 / 6 FOLIOS / 06/06/2025 INFORME DE SUPERVISIÓN 002 / 5 FOLIOS / 13/08/2025 ADICIONAL CONTRATO 035-2025 / 12/09/2025 / $ 20.000.000 PÓLIZA / DE CUMPLIMIENTO / RIESGO SUMINISTRO DE BIENES / FECHA DE EXPEDICIÓN 12/09/2025 FECHA DE TERMINACIÓN / 07/10/2025 ACTA DE LIQUIDACIÓN / 29/09/2025 INFORME DE SUPERVISIÓN LIQUIDACIÓN / 5 FOLIOS / 29/09/2025 CONTRATO 037-2025 / NATHALIA JIMENA CAMARGO CORONADO DURACIÓN 6 MESES CDP 2025000091 06/03/2025 RP 2025000128 10/04/2025 CONTRATO 037-2025 / 10/04/2025 / $ 24.948.000 ACTA DE INICIO / 10/04/2025 INFORME DE SUPERVISIÓN 001 / 7 FOLIOS / 28/07/2025 FECHA DE TERMINACIÓN / 09/12/2025 CONTRATO 040-2025 / SNEIDER MONTAÑA MORA DURACIÓN 6 MESES CDP 2025000132 12/04/2025 RP 2025000150 22/04/2025 CONTRATO 037-2025 / 22/04/2025 / $ 18.055.740 ACTA DE INICIO / 22/04/2025

					INFORME DE SUPERVISIÓN 001 / 4 FOLIOS / 02/05/2025 INFORME DE SUPERVISIÓN 002 / 4 FOLIOS / 03/06/2025 INFORME DE SUPERVISIÓN 003 / 4 FOLIOS / 19/06/2025 INFORME DE SUPERVISIÓN 004 / 4 FOLIOS / 06/08/2025 INFORME DE SUPERVISIÓN 005 / 4 FOLIOS / 05/09/2025 INFORME DE SUPERVISIÓN 006 / 4 FOLIOS / 30/09/2025 FECHA DE TERMINACIÓN / 09/12/2025 CONTRATO 041-2025 / FABIO REYNER MARTINEZ FAJARDO DURACIÓN 6 MESES CDP 2025000058 11/02/2025 RP 2025000162 12/05/2025 CONTRATO 041-2025 / 12/05/2025 / $ 10.000.000 ACTA DE INICIO / 12/05/2025 INFORME DE SUPERVISIÓN 001 / 5 FOLIOS / 04/06/2025 FECHA DE TERMINACIÓN / 11/11/2025 ACTA DE LIQUIDACIÓN / 24/07/2025 INFORME DE SUPERVISIÓN LIQUIDACIÓN / 5 FOLIOS / 24/07/2025 CONTRATO 044-2025 / FABIO REYNER MARTINEZ FAJARDO DURACIÓN 7 MESES CDP 2025000200 28/05/2025 RP 2025000216 06/06/2025 CONTRATO 044-2025 / 06/06/2025 / $ 15.000.000 ACTA DE INICIO / 06/06/2025 INFORME DE SUPERVISIÓN 001 / 7 FOLIOS / 22/07/2025 INFORME DE SUPERVISIÓN 002 / 7 FOLIOS / 17/09/2025 INFORME DE SUPERVISIÓN 003 / 27 FOLIOS / 20/11/2025 FECHA DE TERMINACIÓN / 05/01/2026

					CONTRATO 049-2025 / FERRETERIA FORERO SA DURACIÓN 1 MES CDP 2025000242 26/06/2025 RP 2025000239 01/07/2025 CONTRATO 049-2025 / 01/07/2025 / $ 21.211.750 PÓLIZA / DE CUMPLIMIENTO / RIESGO SUMINISTRO DE BIENES / FECHA DE EXPEDICIÓN 16/07/2025 ACTA DE INICIO / 28/07/2025 PRÓRROGA CONTRATO 049-2025 / 27/08/2025 PÓLIZA / DE CUMPLIMIENTO / RIESGO SUMINISTRO DE BIENES / FECHA DE EXPEDICIÓN 01/09/2025 INFORME DE SUPERVISIÓN 001 / 7 FOLIOS / 10/09/2025 PRÓRROGA CONTRATO 049-2025 / 11/10/2025 ADICIONAL CONTRATO 049-2025 / 23/10/2025 / $ 10.085.250 FECHA DE TERMINACIÓN / 15/11/2025 ACTA DE LIQUIDACIÓN / 31/10/2025 INFORME DE SUPERVISIÓN LIQUIDACIÓN / 9 FOLIOS / 31/10/2025 CONTRATO 051-2025 / COVAL COMERCIAL S.A.S. DURACIÓN 15 DÍAS CDP 2025000256 08/07/2025 RP 2025000264 21/07/2025 CONTRATO 051-2025 / 21/07/2025 / $ 72.670.668,59 PÓLIZA / DE CUMPLIMIENTO / RIESGO SUMINISTRO DE BIENES / FECHA DE EXPEDICIÓN 24/07/2025 ACTA DE INICIO / 24/07/2025 INFORME DE SUPERVISIÓN 001 / 6 FOLIOS / 28/07/2025 PRÓRROGA CONTRATO 051-2025 / 06/08/2025 PÓLIZA / DE CUMPLIMIENTO / RIESGO SUMINISTRO DE BIENES / FECHA DE

					EXPEDICIÓN 08/08/2025 INFORME DE SUPERVISIÓN 002 / 6 FOLIOS / 20/08/2025 INFORME DE SUPERVISIÓN 003 / 4 FOLIOS / 30/08/2025 FECHA DE TERMINACIÓN / 05/09/2025 ACTA DE LIQUIDACIÓN / 16/09/2025 INFORME DE SUPERVISIÓN LIQUIDACIÓN / 6 FOLIOS / 16/09/2025 CONTRATO 054-2025 / AUTOMUNDIAL SA DURACIÓN 15 DÍAS CDP 2025000278 24/07/2025 RP 2025000300 26/08/2025 CONTRATO 054-2025 / 19/08/2025 / $ 7.663.140 PÓLIZA / DE CUMPLIMIENTO / RIESGO SUMINISTRO DE BIENES / FECHA DE EXPEDICIÓN 24/07/2025 ACTA DE INICIO / 26/08/2025 INFORME DE SUPERVISIÓN 001 / 4 FOLIOS / 29/08/2025 PRÓRROGA CONTRATO 054-2025 / 25/09/2025 ADICIONAL Y PRÓRROGA CONTRATO 051-2025 / 08/11/2025 / $ 1.531.229,77 INFORME DE SUPERVISIÓN 002 / 6 FOLIOS / 20/08/2025 INFORME DE SUPERVISIÓN 003 / 4 FOLIOS / 30/08/2025 FECHA DE TERMINACIÓN / 24/11/2025 ACTA DE LIQUIDACIÓN / 18/11/2025 INFORME DE SUPERVISIÓN LIQUIDACIÓN / 5 FOLIOS / 18/11/2025 CONTRATO 057-2025 / FABIO REYNER MARTINEZ FAJARDO DURACIÓN 3 MESES Y 15 DÍAS CDP 2025000302 22/08/2025 RP 2025000318 02/09/2025 CONTRATO 057-2025 / 02/09/2025 / $ 28.342.600 PÓLIZA / DE CUMPLIMIENTO / RIESGO PRESTACIÓN DE SERVICIOS / FECHA DE EXPEDICIÓN 10/09/2025 / CARGADO CON EL NOMBRE DE ACTA DE

					APROBACIÓN PÓLICA / SE TIENE SOPORTE FÍSICO DE LA PÓLIZA DEL 08/09/2025 ACTA DE INICIO / 08/09/2025 FECHA DE TERMINACIÓN / 24/11/2025 INFORME DE SUPERVISIÓN 001 / 4 FOLIOS / 18/09/2025 INFORME DE SUPERVISIÓN 002 / 6 FOLIOS / 30/10/2025 INFORME DE SUPERVISIÓN 003 / 4 FOLIOS / 30/10/2025 CONTRATO 060-2025 / FERRETERIA FORERO SA DURACIÓN 2 MESES CDP 2025000334 12/09/2025 RP 2025000360 16/09/2025 CONTRATO 056-2025 / 16/09/2025 / $ 79.135.000 PÓLIZA / DE CUMPLIMIENTO / RIESGO BIENES / FECHA DE EXPEDICIÓN 16/09/2025 ACTA DE INICIO / 09/10/2025 FECHA DE TERMINACIÓN / 08/12/2025 ACTA DE LIQUIDACIÓN / 13/11/2025 INFORME DE SUPERVISIÓN LIQUIDACIÓN / 7 FOLIOS / 13/11/2025 CONTRATO 064-2025 / FERRETERIA FORERO SA SE TIENE CARGADOS DOCUMENTOS DEL CONTRATO 061-2025 / CONTRATO/RP/PÓLIZA/ACTA DE PÓLIZA/ACTA DE INICIO DURACIÓN 1 MES CDP 2025000332 12/09/2025 RP 2025000336 17/09/2025 CONTRATO 064-2025 / 17/09/2025 / $ 6.314.200 ACTA DE INICIO / 17/09/2025 FECHA DE TERMINACIÓN / 16/10/2025

					ACTA DE LIQUIDACIÓN / 25/09/2025 INFORME DE SUPERVISIÓN LIQUIDACIÓN / 7 FOLIOS / 25/09/2025 CONTRATO 069-2025 / HECTOR GARCIA GONZALEZ DURACIÓN 2 MESES CDP 2025000371 30/09/2025 RP 2025000365 08/10/2025 CONTRATO 069-2025 / 08/10/2025 / $ 55.516.750 PÓLIZA / DE CUMPLIMIENTO / RIESGO SUMINISTRO DE BIENES / FECHA DE EXPEDICIÓN 14/10/2025 ACTA DE INICIO / 14/10/2025 FECHA DE TERMINACIÓN / 13/12/2025 CONTRATO 071-2025 / INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TECNICAS Y CERTIFICACION ICONTEC DURACIÓN 45 DÍAS CDP 2025000385 15/10/2025 RP 2025000378 16/10/2025 CONTRATO 064-2025 / 17/09/2025 / $ 6.314.200 ACTA DE INICIO / 16/10/2025 FECHA DE TERMINACIÓN / 30/11/2025 ACTA DE LIQUIDACIÓN / 18/11/2025 INFORME DE SUPERVISIÓN LIQUIDACIÓN / 14 FOLIOS / 18/11/2025 CONTRATO 072-2025 / CREADSALUD BOYACA SAS DURACIÓN 20 DÍAS CDP 2025000375 08/10/2025 RP 2025000379 18/10/2025

					CONTRATO 072-2025 / 18/10/2025 / $ 4.165.000 ACTA DE INICIO / 05/11/2025 FECHA DE TERMINACIÓN / 24/11/2025 CONTRATO 078-2025 / WILSON ALEJANDRO JIMENEZ AVELLA DURACIÓN 20 DÍAS CDP 2025000404 24/10/2025 RP 2025000409 01/11/2025 CONTRATO 078-2025 / 01/11/2025 / $ 7.000.000 ACTA DE INICIO / 01/11/2025 FECHA DE TERMINACIÓN / 31/12/2025 CONTRATO 082-2025 / AMAURY AMET VARELA PATARROYO DURACIÓN 1 MES Y 13 DÍAS CDP 2025000428 11/11/2025 RP 2025000409 18/11/2025 CONTRATO 082-2025 / 18/11/2025 / $ 4.826.129 ACTA DE INICIO / 18/11/2025 FECHA DE TERMINACIÓN / 30/12/2025
7.5.3.2	Para el control de la información documentada, la organización debe abordar las siguientes actividades, según corresponda: a) distribución, acceso, recuperación y uso; b) almacenamiento y preservación, incluida la preservación de la legibilidad; c) control de cambios (por ejemplo, control de versión); d) conservación y disposición.	X			La Entidad establece el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-01 CONTROL DE INFORMACIÓN DOCUMENTADA V4, con los lineamientos pertinentes a la creación, actualización, identificación, revisión, aprobación, control, protección, distribución, almacenamiento, conservación y disposición de la información documentada requerida por la Entidad.
8.1	**OPERACIÓN / PLANIFICACIÓN Y CONTROL**		X		Para la Planificación de los procesos de la Entidad, tenemos los siguientes

	OPERACIONAL • Se planifican, implementan y controlan los procesos necesarios para cumplir los requisitos para la provisión de servicios. • La salida de esta planificación es adecuada para las operaciones de la organización. • Se asegura que los procesos contratados externamente estén controlados. Se revisan las consecuencias de los cambios no previstos, tomando acciones para mitigar cualquier efecto adverso.				manuales y procedimientos PA-GC-MA-01 MANUAL DE CONTRATACIÓN PA-GC-MA-02 MANUAL DE SUPERVISIÓN E INTERVENTORÍA PA-GC-PR-01 EVALUACIÓN DE PROVEEDORES Manual de Contratación Original
8.2.2	**Determinación de los requisitos para los productos y servicios** Se determinan los requisitos legales y reglamentarios para los productos y servicios que se ofrecen y aquellos considerados necesarios para la organización.	X			La Entidad cuenta con la Matriz PE-GJ-MT-01 MATRIZ DE REQUISITOS LEGALES V3 que documenta los requisitos legales y reglamentarios para dar cumplimiento a la prestación eficiente, segura y conforme de los servicios públicos de acueducto, alcantarillado y aseo, en el marco del Sistema Integrado de Gestión, se tiene establecido la normatividad para Gestión de Acueducto y Alcantarillado.
8.2.3	**Revisión de los requisitos para los productos y servicios** • La organización se asegura que tiene la capacidad de cumplir los requisitos de los productos y servicios ofrecidos. • La organización revisa los requisitos del cliente antes de comprometerse a suministrar productos y servicios a este • Se confirma los requisitos del cliente antes de la aceptación por parte de estos, cuando no se ha proporcionado información documentada al respecto.		X		La Entidad cuenta con el Acuerdo 003 de 2008 y sus modificaciones mediante los Acuerdos 009 de 2014 y 003 de 2018 y la Resolución RVP 175 de 2021, en el cual establece los Estudios Previos, que especifican las necesidades por parte de la Entidad de los requisitos de los bienes y servicios.

	Se asegura que se resuelvan las diferencias existentes entre los requisitos del contrato o pedido y los expresados previamente.				
8.4.1	**CONTROL DE LOS PROCESOS, PRODUCTOS Y SERVICIOS SUMINISTRADOS EXTERNAMENTE** **Generalidades** • La organización asegura que los procesos, productos y servicios suministrados externamente son conforme a los requisitos. • Se determina los controles a aplicar a los procesos, productos y servicios suministrados externamente. Se determina y aplica criterios para la evaluación, selección, seguimiento del desempeño y la reevaluación de los proveedores externos. Se conserva información documentada de estas actividades		X		Para la vigencia 2025, se tiene Manual de Contratación sin la revisión final y aprobación, para dar legalidad de los procesos contractuales / Se tiene criterios de evaluación de proveedores y contratistas durante la planeación, ejecución y finalización de los objetos contractuales.
8.4.2	**Tipo de alcance y control** • La organización se asegura que los procesos, productos y servicios suministrados externamente no afectan de manera adversa a la capacidad de la organización de entregar productos y servicios, conformes de manera coherente a sus clientes. • Se definen los controles a aplicar a un proveedor externo y las salidas resultantes. • Considera el impacto potencial de los procesos, productos y servicios suministrados externamente en la capacidad de la organización de cumplir los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables.				El área de Contratación cuenta con los mecanismos de control para la ejecución de los procesos suministrados por Contratación, por medio de los registros de la Lista Maestra de Documentación del SGC y el Acuerdo 003 de 2008 y sus modificaciones mediante los Acuerdos 009 de 2014 y 003 de 2018 y la Resolución RVP 175 de 2021.

	• Se asegura que los procesos suministrados externamente permanecen dentro del control de su sistema de gestión de la calidad. Se determina la verificación o actividades necesarias para asegurar que los procesos, productos y servicios cumplen con los requisitos.				
8.4.3	**Información para los proveedores externos** • La organización comunica a los proveedores externos sus requisitos para los procesos, productos y servicios. • Se comunica la aprobación de productos y servicios, métodos, procesos y equipos, la liberación de productos y servicios. • Se comunica la competencia, incluyendo cualquier calificación requerida de las personas. • Se comunica las interacciones del proveedor externo con la organización. Se comunica el control y seguimiento del desempeño del proveedor externo aplicado por la organización.			X	La Entidad establece el estudio de las propuestas que contenga los requisitos para sus productos y servicios, la Contratación se realiza mediante los estipulado en el Manual de Contratación adoptado por la Empresa mediante el Acuerdo 003 de 2008 y sus modificaciones mediante los Acuerdos 009 de 2014 y 003 de 2018 y la Resolución RVP 175 de 2021. El proveedor seleccionado es contactado por la Entidad; por consiguiente, se selecciona el supervisor del contrato, para llevar a cabo la documentación y el control de proveedor. Durante la Vigencia 2024, el área de Almacén realizo la Entrada de Almacén de elementos, materiales y equipos al Inventario de la Entidad de 26 contratos de Suministros, provenientes de las demás áreas / dependencias de la Entidad y 15 contratos para la Vigencia 2025 a corte de 31 de julio de 2025. Duranta la Vigencia 202, se realizó la Evaluación de Proveedores desde el 13 de noviembre hasta finalizar el mes. La Subgerencia General Administrativa y sus líderes de procesos, realizaron la calificación de los proveedores respectivos. Para la Vigencia 2025, no se realizó la Evaluación de Proveedores.
8.7.1	**CONTROL DE LAS SALIDAS NO CONFORMES** • La organización se asegura que las salidas no conformes con sus requisitos se identifican y se controlan para prevenir su uso o entrega. • La organización toma las acciones adecuadas de acuerdo a la naturaleza de la no conformidad y su		X		La Entidad cuenta con el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-06 SALIDAS NO CONFORMES; sin embargo, no se tiene documentado Salidas no Conformes para la respectiva Vigencia, se recomienda Capacitación de Salidas no Conformes.

	efecto sobre la conformidad de los productos y servicios. • Se verifica la conformidad con los requisitos cuando se corrigen las salidas no conformes. La organización trata las salidas no conformes de una o más maneras				
8.7.2	La organización conserva información documentada que describa la no conformidad, las acciones tomadas, las concesiones obtenidas e identifique la autoridad que decide la acción con respecto a la no conformidad.		X		La Entidad cuenta con el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-06 SALIDAS NO CONFORMES; sin embargo, no se tiene documentado Salidas no Conformes para la respectiva Vigencia, se recomienda Capacitación de Salidas no Conformes.
9.1.1	**EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO SEGUIMIENTO, MEDICIÓN, ANÁLISIS Y EVALUACIÓN Generalidades** • La organización determina que necesita seguimiento y medición. • Determina los métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación para asegurar resultados válidos. • Determina cuando se lleva a cabo el seguimiento y la medición. • Determina cuando analizar y evaluar los resultados del seguimiento y medición. • Evalúa el desempeño y la eficacia del SGC. Conserva información documentada como evidencia de los resultados.			X	La Entidad cuenta con la Matriz PE-GPD-MT-04 MATRIZ HOJA DE VIDA INDICADORES V5 y PE-GPD-MT-06 MATRIZ DE SEGUIMIENTO DE INDICADORES V1 el cual establece los siguientes métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación. Para la Vigencia 2025, se establecen Indicador Únicos Sectoriales IUS para la medición de la vigencia 2024 y finalizando posteriormente la vigencia 2025, para dar cumplimiento a la Resolución CRA 906 de 2019. La Entidad cuenta con el Procedimiento PA-GTH-PR-05 EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO LABORAL V4; sin embargo, no se evidencia las Evaluaciones de Desempeño Laboral del Personal de Contratación del segundo semestre 2024. La Entidad cuenta con el Procedimiento PA-GC-PR-01 EVALUACIÓN DE PROVEEDORES, sin embargo, no se evidencia las Evaluaciones de Desempeño de Proveedores para la Vigencia 2025.
	ANÁLISIS Y EVALUACIÓN La organización debe analizar y evaluar los datos y la				La Entidad cuenta con el procedimiento PA-GC-PR-01 EVALUACIÓN DE PROVEEDORES, el cual establece la metodología para la evaluación de los proveedores con sus criterios establecidos; sin embargo, no se demuestra la

	información apropiados que surgen por el seguimiento y la medición. Los resultados del análisis deben utilizarse para evaluar: • La conformidad de los productos y servicios; • El grado de satisfacción del cliente; • El desempeño y la eficacia del sistema de gestión de la calidad; • si lo planificado se ha implementado de forma eficaz; • La eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y oportunidades; • el desempeño de los proveedores externos; • La necesidad de mejoras en el sistema de gestión de la calidad. • NOTA Los métodos para analizar los datos pueden incluir técnicas estadísticas.				realización sistemática del análisis y evaluación de la información recopilada como resultado del seguimiento y medición del desempeño de los proveedores externos, ni de otros procesos relevantes del SGC, lo que impide evaluar la eficacia de las acciones implementadas y la toma de decisiones basadas en datos, en incumplimiento del Numeral 9.1.3 de la Norma ISO 9001:2015.
9.2.1	**AUDITORIA INTERNA** • La organización lleva a cabo auditorías internas a intervalos planificados. • Las auditorías proporcionan información sobre el SGC conforme con los requisitos propios de la organización y los requisitos de la NTC ISO 9001:2015. • La organización planifica, establece, implementa y	X			Realizado por el Auditor Interno de Sistemas en Sistemas Integrados de Gestión HSEQ (ISO 9001:2015, 14001:2015, 45001:2018) con enfoque en Responsabilidad Social Empresarial e ISO/IEC 17025:2017, bajo la Dirección de la Oficina de Control Interno como Auditor Líder.

	mantiene uno o varios programas de auditoría. • Define los criterios de auditoría y el alcance para cada una. • Selecciona los auditores y lleva a cabo auditorías para asegurar la objetividad y la imparcialidad del proceso. • Asegura que los resultados de las auditorias se informan a la dirección. • Realiza las correcciones y toma las acciones correctivas adecuadas. Conserva información documentada como evidencia de la implementación del programa de auditoría y los resultados.				
9.2.2	La organización debe planificar, establecer, implementar y mantener uno o varios programas de auditoría que incluyan la frecuencia, los métodos, las responsabilidades, los requisitos de planificación y la elaboración de informes, que deben tener en consideración la importancia de los procesos involucrados, los cambios que afecten a la organización y los resultados de las auditorías previas.	X			Realizado por el Auditor Interno de Sistemas en Sistemas Integrados de Gestión HSEQ (ISO 9001:2015, 14001:2015, 45001:2018) con enfoque en Responsabilidad Social Empresarial e ISO/IEC 17025:2017, bajo la Dirección de la Oficina de Control Interno como Auditor Líder.
10.1	**MEJORA Generalidades** La organización ha determinado y seleccionado las oportunidades de mejora e implementado las acciones necesarias para cumplir con los requisitos del cliente y mejorar su satisfacción.	X			La Entidad cuenta con el Plan de Mejoramiento 2024 SGO con fecha de suscripción del 01 de noviembre de 2024, se identifica para la Gestión de Acueducto y Alcantarillado para el proceso 2 No Conformidades, con las acciones a implementar respectivas, soporte de evidencias, metas de cumplimiento, con fecha de inicio – final, responsable y estado de la No Conformidad. 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 ha cerrado correctamente la No Conformidad No. 3, incumpliendo con el Numeral 10.2 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.
10.2.1	**NO CONFORMIDAD Y ACCIÓN CORRECTIVA** • La organización reacciona ante la no conformidad, toma acciones para controlarla y corregirla. • Evalúa la necesidad de acciones para eliminar las causas de la no conformidad. • Implementa cualquier acción necesaria, ante una no conformidad. • Revisa la eficacia de cualquier acción correctiva tomada. • Actualiza los riesgos y oportunidades de ser necesario. • Hace cambios al SGC si fuera necesario. Las acciones correctivas son apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas.			X	Durante la Auditoría Interna, se realiza la revisión de las No Conformidades del área de Acueducto y Alcantarillado: 1. El Área de Contratación cuenta con el documento PA-GC-MA-01 Manual de Contratación de la Entidad, con sus debidos componentes para su funcionamiento; sin embargo, el documento no se encuentra adoptado legalmente por la Junta Directiva, cuya directriz otorga la conformidad legal, incumpliendo con el Numeral 7.5.2 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015. **La No Conformidad sigue abierta / Se revalida a Observación con la documentación presentada** 2. El Área de Contratación cuenta hasta la fecha 06 de junio de 2024, 24 contratos nuevos (CPS y Suministros) y 8 contratos de trabajos nuevos para la vigencia 2024; durante la Auditoría Interna, se revisó la documentación de los 24 contratos de CPS y de Suministros nuevos establecida por el SGC, la trazabilidad de información de firmas, revisión de pólizas en los contratos que estipulaba y foliación para los contratos finalizados, evidenciando que en 2 de los 24 contratos cumple con la totalidad de revisiones estipuladas y de los 8 contratos de trabajo se realizó la revisión de soportes y firmas de acuerdo a la Lista de Chequeo Contractual PA-GC-CTO-FO-01 evidenciando soportes adicionales y faltantes en 3 contratos de trabajo, incumpliendo con el Numeral 7.5.3 de Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015. **La No Conformidad está cerrada con el cargue de la Vigencia 2024** 3. El Área de Contratación no cuenta con la normatividad actualizada para los procesos de la Entidad, en especial del Proceso de Gestión Contractual el cual debe fundamentarse el funcionamiento del Manual de Contratación no aprobado por la Junta Directiva, no se evidencia los requisitos legales de conformidad con el proceso y del SGC, incumpliendo con el Numeral 8.2.2 de la Norma Técnica

					Colombiana NTC ISO 9001:2015. **La No Conformidad está cerrada**
10.2.2	Se conserva información documentada como evidencia de la naturaleza de las no conformidades, cualquier acción tomada y los resultados de la acción correctiva.	X			La Entidad cuenta con el Plan de Mejoramiento 2024 SGO con fecha de suscripción del 01 de noviembre de 2024, se identifica para la Gestión Contractual para el proceso 3 No Conformidades, con las acciones a implementar respectivas, soporte de evidencias, metas de cumplimiento, con fecha de inicio – final, responsable y estado de la No Conformidad.

CONFORMIDADES

La Entidad establece el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-01 CONTROL DE INFORMACIÓN DOCUMENTADA V4, con los lineamientos pertinentes a la creación, actualización, identificación, revisión, aprobación, control, protección, distribución, almacenamiento, conservación y disposición de la información documentada requerida por la Entidad, cumpliendo con el Numeral 7.5.3.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con la Matriz PE-GJ-MT-01 MATRIZ DE REQUISITOS LEGALES V3 que documenta los requisitos legales y reglamentarios para dar cumplimiento a la prestación eficiente, segura y conforme de los servicios públicos de acueducto, alcantarillado y aseo, en el marco del Sistema Integrado de Gestión, se tiene establecido la normatividad para Gestión de Acueducto y Alcantarillado, cumpliendo con el Numeral 8.2.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con el Acuerdo 003 de 2008 y sus modificaciones mediante los Acuerdos 009 de 2014 y 003 de 2018 y la Resolución RVP 175 de 2021, en el cual establece los Estudios Previos, que especifican las necesidades por parte de la Entidad de los requisitos de los bienes y servicios, cumpliendo con el Numeral 8.2.3 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

El área de Contratación cuenta con los mecanismos de control para la ejecución de los procesos suministrados por Contratación, por medio de los registros de la Lista Maestra de Documentación del SGC y el Acuerdo 003 de 2008 y sus modificaciones mediante los Acuerdos 009 de 2014 y 003 de 2018 y la Resolución RVP 175 de 2021, cumpliendo con el Numeral 8.4.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con el Informe de Revisión por la Alta Dirección Vigencia 2024 requeridos por normatividad y Entes de Control, cuenta con las Necesidades de Cambio del MIPG / SIG, cumpliendo con los Numerales 9.3.1, 9.3.2 y 9.3.3 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con el Plan de Mejoramiento 2024 SGO con fecha de suscripción del 01 de noviembre de 2024, se identifica para la Gestión de Acueducto y Alcantarillado para el proceso 2 No Conformidades, con las acciones a implementar respectivas, soporte de evidencias, metas de cumplimiento, con fecha de inicio – final, responsable y estado de la No Conformidad, cumpliendo con el Numeral 10.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

OBSERVACIONES

La Entidad cuenta con La Entidad cuenta con Tablas de Retención Documental establecidas en la Resolución RVP 170 de 2021 que permite la organización de la documentación direccionada de las áreas administrativas y operacionales; sin embargo, se evidencia que se están manejando series documentales que no encuentran establecidos, no se encuentra actualizado correctamente las TRD desde la Reestructuración realizada el 26 de octubre de 2022. (Numeral 7.5.3.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015).

El área de Contratación cuenta con dos (2) manuales, un (1) procedimiento, el Manual de Contratación y el Manual de Supervisión e Interventoría no se tienen revisión final para su aprobación, el procedimiento tiene su última revisión y verificación acorde la descripción de la metodología para la evaluación de proveedores. (Numeral 8.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015).

La Entidad cuenta con el Manual de Contratación, sin embargo, no se tiene la revisión final y aprobación, se recomienda el abordaje del documento para la vigencia 2026. (Numeral 8.4.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015).

La Entidad cuenta con el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-06 SALIDAS NO CONFORMES; sin embargo, no se tiene documentado Salidas no Conformes para la respectiva Vigencia, se recomienda Capacitación de Salidas no Conformes. (Numeral 8.7.1 y 8.7.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015).

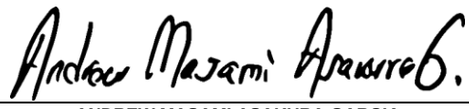
La Entidad cuenta con el Plan de Mejoramiento 2024 SGO con fecha de suscripción del 01 de noviembre de 2024, se identifica para la Gestión Contractual para el proceso 3 No Conformidades, con las acciones a implementar respectivas, soporte de evidencias, metas de cumplimiento, con fecha de inicio – final, responsable y estado de la No Conformidad, sin embargo, se evidencia que no se ha cerrado completamente la No Conformidad No. 1. (Numerales 10.2.1 y 10.2.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015).

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

NO CONFORMIDADES

La Entidad cuenta con el procedimiento PA-GC-PR-01 EVALUACIÓN DE PROVEEDORES, el cual establece la metodología para la evaluación de los proveedores con sus criterios establecidos; sin embargo, al verificar la realización de las evaluaciones de proveedores para la vigencia 2025 como se estableció en la Circular 054 de 2025, no se evidencia el control y seguimiento del desempeño del proveedor externo aplicado por la organización, incumpliendo con el Numeral 8.4.3 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con el Procedimiento PA-GTH-PR-05 EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO LABORAL V4; no se evidencia las Evaluaciones de Desempeño Laboral del Personal de Contratación segundo semestre 2024, el Numeral 9.1.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015, adicionalmente, no se demuestra la realización sistemática del análisis y evaluación de la información recopilada como resultado del seguimiento y medición del desempeño de los proveedores externos, ni de otros procesos relevantes del SGC, lo que impide evaluar la eficacia de las acciones implementadas y la toma de decisiones basadas en datos, incumpliendo el Numeral 9.1.3 de la Norma ISO 9001:2015.



ANDREW MASAMI ASAKURA GARCIA
Profesional del Sistema Integrado de Gestión

C.C. 1.053.605.825
Auditor Interno HSEQ (ISO 9001:2051, ISO 14001:2015, ISO 45001:2015) Enfoque en RSE
Auditor Interno ISO/IEC 17025:2017

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	Segundo Semestre 2024 - Primer Semestre 2025
FECHA DE LA AUDITORÍA	11, 12, 13 DE JUNIO DE 2025
FECHA DE INFORME	01 DE JULIO DE 2025
NIVEL DE PROCESO	Dependencias
MISIONAL (Subgerencia General Operativa)	Laboratorio
PROCESO / ÁREA AUDITADO	Laboratorio
PERSONAL AUDITADO	Analista de Laboratorio
OBJETIVOS	
ALCANCE	Criterios seleccionados de a la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015. Criterios de la Herramienta de Verificación de Estándares de Calidad en Salud Pública (Resolución 1619 de 2015) Solicitud de la información documentada pertinentes a los criterios seleccionados, los requisitos reglamentarios, contractuales y legales aplicables.
CRITERIOS DE AUDITORÍA	Herramienta de Verificación de Estándares de Calidad en Salud Pública Lista Maestra de Documentación
EQUIPO AUDITOR	Andrew Masami Asakura Garcia

CONTEXTO

Teniendo en cuenta la Circular 026 de 2025 del 10 de junio 2024, emitido por la Oficina de Control Interno, se realiza la Auditoría Interna ISO 9001:2015 y demás normas aplicables al sector de servicios públicos domiciliarios, se ejecuta la Auditoría Interna de Segunda Parte por parte de la Dependencia de Sistema Integrado de Gestión, para dar cumplimiento al Plan Anual de Auditorías Internas como se establece en la Resolución RVP 075 de 2025. La Auditoría Interna esta soportada en base a 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 9, 14, 16 y 19.

9. **Realizar los análisis del cumplimiento de las políticas a cargo de la entidad y proponer mejoras para su adecuada implementación y mejora en la gestión y el desempeño de las entidades públicas.**
14. **Realización de la auditoría interna del sistema integrado de gestión QHSE.**
16. **Revisar y auditar los requisitos para establecer brechas e implementar y surtir en el proceso de certificación 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.**

HERRAMIENTA DE VERIFICACIÓN DE ESTANDARES DE CALIDAD

1.ORGANIZACIÓN Y GESTION

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

COD	TIPO	REQUISITO	MODO DE VERIFICACION	EVIDENCIA QUE LA SOPORTA	OBSERVACIONES
1.1	**A**	El laboratorio está legalmente constituido o es una parte definida de una institución mayor.	Verificar la existencia de un procedimiento implementado de inducción y entrenamiento técnico para el personal que ingresa nuevo definiendo: personal designado para entrenar, responsabilidades, procedimientos, tiempos y evaluación de resultados.	*Certificado vigente de ISO 9001, propia o de la institución mayor. *Certificado de acreditación en la norma ISO/IEC 17025	Soporte documental de Acuerdo 006 de 2012, Acuerdo 004 de 2017, Acuerdo 006 de 2022 y Resolución RVP 123 de 2023
1.2	**A**	El laboratorio establece e implementa un sistema de gestión de calidad (SGC) evidenciado en una plataforma documental aprobada que dé respuesta a las necesidades del mismo en coherencia con el portafolio de servicios	Verificar la presencia permanente de personal de aseo y vigilancia de sus instalaciones, bien sea por vinculación directa o contratación de prestación de servicios. Verificar alcance de las actividades asignadas de apoyo técnico con cumplimiento de formación continua en las actividades relacionadas y con soportes de inducción, entrenamiento y seguimiento según apliquen (aseo de áreas técnicas, bioseguridad, preparación de soluciones de aseo y/o responsabilidad de ruta sanitaria).	*Manual de gestión o de calidad aprobado *Portafolio de servicios	Soporte documental de Certificado de Calidad de la Gerencia

1.3	**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.	El Laboratorio debe estar representado en el organigrama de la Dirección Territorial de Salud o de la institución a la que pertenezca	* Documento en el que se encuentra el organigrama, ubicar el laboratorio. * O el organigrama en el manual del sistema de gestión de calidad	Soporte documental del Organigrama y Resolución 123 de 2023. PE-GPD-OD-02 ORGANIGRAMA
1.4	**A**	El laboratorio tiene todos los procedimientos técnicos, administrativos o de gestión de las pruebas realizadas para la vigilancia de los eventos de interés en salud pública y vigilancia y control sanitario, desde el ingreso de muestras, procesamiento y emisión de resultados, documentados y aprobados.	El laboratorio cuenta con documentos que registran procedimientos técnicos, administrativos o de gestión empleados en cada una de las secciones que lo conforman, Pregunte como lo tienen organizado de acuerdo al SGC implementado en el laboratorio	* Verificar la elaboración, revisión y aprobación de la documentación (procedimientos, i**nstructivos,** manuales) que soporta las actividades administrativas y operativas del laboratorio, incluidos los métodos de ensayo	Soporte físico y/o digital de los Procedimiento de Gestión y Operativos Estandarizados

1.5	**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	Solicitar evidencias de actividades de capacitación que ha tenido el personal con respecto al sistema de gestión de la calidad, los documentos del SGC deben estar disponibles para el personal que labora en el laboratorio.	*Cronograma de capacitaciones del laboratorio *Registro de listado de asistencia a las capacitaciones realizadas sobre el sistema de gestión de calidad, verificando que se encuentre el personal del laboratorio incluido	Evidencias del Plan Institucional de Capacitación vigencia 2024. PA-GTH-DC-PL-02 PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN
1.6	**A**	Desde la dirección o coordinación del laboratorio se garantiza la implementación del "Manual de calidad" que describe el sistema de gestión de la calidad 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.	Revisar en el contenido del manual de calidad que debe contener como mínimo: Alcance, definición de responsabilidades, política y objetivos de calidad, estructura de la documentación, seguimiento y medición, análisis de datos y control de registros	*Verificar la existencia del Manual de Calidad o de laboratorio aprobado y revisar su contenido, responsabilidades claves como alta dirección y un responsable de calidad y en los acreditados un director técnico.Y evidencias de la socialización del manual	Pendiente actualización del Manual de Calidad. PM-LAB-MA-01 MANUAL DE CALIDAD DEL LABORATORIO DE AGUA POTABLE

1.7	**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 (eficacia, eficiencia, efectividad), adecuada continuamente y emitida por la alta dirección, debidamente socializada y entendida a todo el personal que lo integra	El laboratorio debe tener una política de gestión de la calidad del laboratorio emitida por la alta dirección o coordinación del laboratorio que defina aspectos básicos como: apropiada a la organización, mejora continua, cumplimiento de requisitos de los clientes,	*Política de calidad y su correspondiente socialización al personal del laboratorio.	Política de Calidad firmado el agosto 26 de 2024 PE-SIG-SGC-PO-01 POLÍTICA DE CALIDAD
1.8	**A**	El laboratorio tiene definido dentro del sistema de gestión de calidad un procedimiento implementado de auditorías internas.	El plan de auditoría debe tener un cronograma y un registro sobre sus hallazgos	*Procedimiento de auditoría interna *Revisar existencia de plan o programa de auditorías. *Revisar informes de auditorías: hallazgos acciones preventivas y correctivas	PV-CI-MC-PR-01 Procedimiento Auditoría Interna Soportes de Cronograma e Informes de Auditoría Interna

1.9	**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	Los documentos y archivos del laboratorio deben ser preservados según normatividad vigente (Tabla de retención documental). Ley 594 de 2000, decreto 2578 de 2012, decreto 2609 de 2012, acuerdo 005 de 2013, decreto 106 de 2015	*Solicitar tabla de retención documental, e indagar por dos documentos que se encuentren registrados en la tabla. (solo aplica para entidades públicas) *Verificar el archivo de gestión documental. (archivo historias clínicas, retención 20 años, que incluyen 5 años en gestión)	Formato INTRODUCCIÓN TABLAS DE RETENCIÓN RG-GD-020. Resolución RVP 170 de 2021 / TRD-LABORATORIO-2021
1.10	**A**	El laboratorio evalúa los resultados de su gestión frente a los objetivos y las responsabilidades según su competencia por medio de Indicadores y toman acciones frente a los resultados obtenidos.	Los indicadores de gestión son la expresión cuantitativa del comportamiento y desempeño de un proceso que se compara con el nivel de referencia e indica si están obteniendo los resultados esperados, de acuerdo a los objetivos misiones.	*Solicitar la hoja de vida de los indicadores. *Solicitar el seguimiento y análisis de los tres últimos periodos de medición. *Solicitar las acciones tomadas.	PE-GPD-MT-04 INDICADORES DE GESTIÓN. Actualizar información de los Indicadores de Gestión

1.11	**B**	El laboratorio Implementa y desarrolla una política del Gestión del 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 debe verificar que el laboratorio tiene identificados, clasificados, y actualizados los posibles riesgos que se presenten incluyendo los riesgos asociados a los temas técnicos, sanitarios, y ambientales. Verificar que el laboratorio cuenta con una metodología que define el nivel de impacto del riesgo y grado de probabilidad de ocurrencia del mismo, y además las actividades a desarrollar para disminuir su ocurrencia y/o generación de acciones preventivas	*Revisar procedimiento de gestión del riesgo y los riesgos identificados en el laboratorio (Mapa de riesgos). *Revisar las acciones preventivas generadas y su seguimiento	PV-CI-MC-MT-01 Matriz de Riesgos de Gestión y Oportunidades. Riesgos Operacionales de Laboratorio
1.12	**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 en sus actividades misionales.	En la planeación anual de actividades, se deben evidenciar los requerimientos de reactivos, equipos, insumos necesarios para la ejecución de sus actividades durante un periodo establecido de tiempo.	*Solicitar el POA verificando el Plan de necesidades o plan de compras planificadas a un año donde incluya capacitaciones, reactivos, estándares, insumos y adquisición y mantenimiento de equipos. Y los seguimientos respectivos	PE-GJ-AAJC-FO-01 RESOLUCIÓN. Resolución RVP 001 de 2025 Plan Anual de Adquisiciones 2025

1.13	**A**	El laboratorio mantiene un control de inventario de reactivos, insumos y materiales empleados en la realización de los ensayos.	Solicitar los procedimientos de recepción y almacenamiento de insumos, reactivos y materiales consumibles que se requieren para los ensayos, y el control de calidad	*Solicitar control de inventarios de reactivos, de insumos y materiales. *Verificar cómo funciona dicho control. * Verificar vigencia de reactivos e insumos	Formato PM-LAB-FO-12 INVENTARIO GENERAL DEL LAB Pendiente actualización del inventario.
1.14	**B**	El laboratorio participa en la evaluación técnica que se realiza para la compra de insumos, reactivos, materiales, servicios y equipos necesarios para su funcionamiento.	Verificar que los procesos de adquisición de insumos, reactivos materiales y equipos que sean usados en el laboratorio deben contar con el concepto técnico de la dirección o coordinación del laboratorio, o la persona que este delegue para la evaluación.	*Solicitar el procedimiento de adquisición de bienes y suministros (compras). *Solicitar mínimo dos (2) conceptos técnicos emitidos por el laboratorio, de evaluación a proveedores de insumos, reactivos y/o materiales consumibles utilizados en el laboratorio, servicios ***Adicionalmente verificar fichas técnicas y certificados de análisis de reactivos**	PE-SIG-SGC-FO-11 INFORME DE GESTIÓN. Pendientes Informe de Gestión de Evaluación Técnica con firmas y escaneo

1.15	**B**	El laboratorio documenta, implementa y desarrolla una estrategia de mejora continua tales como acciones correctivas, preventivas o de mejora.	Se debe verificar que el laboratorio tiene identificados, clasificados, y actualizadas acciones preventivas, correctivas y de mejora que se presenten incluyendo los riesgos asociados a los temas técnicos, sanitarios, y ambientales.	*Revisar procedimiento de acciones preventivas, correctivas o de mejora. *Revisar los seguimientos a los planes de acción de las acciones preventivas y la actualización del consolidado de acciones preventivas y correctivas. *Se cuenta con acciones preventivas formuladas para actividades técnicas o para riesgosResultado de las Auditorías internas y externas.Reportes de **producto o servicio no conforme**Reporte de **trabajo de ensayo no conforme**Autocontrol	PE-SIG-SGC-FO-11 INFORME DE GESTIÓN. Pendientes Informe de Gestión de Salidas no Conformes e Informe de Gestión de Acciones Correctivas con firmas y escaneo
1.16	**A**	El laboratorio tiene definidos planes de contingencia interna frente a emergencias sanitarias y/o catástrofes naturales para el funcionamiento del mismo, en cuanto a designación de suplentes para funciones clave, remisión de ensayos a otros laboratorios por desmesurado aumento de pruebas, como ocurre en el caso de brotes, epidemias o pandemias	Deben existir los documentos que evidencien planes de contingencia para emergencias, especificando causas para que dicho plan se active, definiendo flujo grama de actividades, procedimientos y responsables para cada caso, especificando la articulación del mismo con los actores involucrados	*Plan de contingencia para emergencias sanitarias. *Verificar listado de principales y suplentes para el plan *Verificar el listado de laboratorios para apoyo de la actividad de red. *Verificar la existencia de cadena de llamadas * Garantizar la operación 24 horas al día los 7 días a la semana	PM-SIG-GAM-PL-01 PLAN DE CONTINGENCIA LABORATORIO Y PTAP. Pendiente Actualización del Plan de Contingencia

1.17	**A**	El laboratorio asegura la confidencialidad de los resultados obtenidos en el proceso analítico, por ser de interés exclusivo de la autoridad sanitaria competente.	Se verificarán documentos y procedimientos a través de los cuales se garanticen la confidencialidad de la información.	* Solicitar registros de confidencialidad firmados por el personal que tiene acceso a la información generada por el laboratorio y de socialización en el tema.	PM-LAB-FO-01 ACTA DE CONFIDENCIALIDAD. Actas de Confidencialidad de los funcionarios con Acceso al Laboratorio

1.18	**A**	El laboratorio realiza aseguramiento de la calidad para todas las pruebas que realiza-**trazabilidad metrológica**	Existen evidencias de contar con fichas técnicas y certificado de análisis de los reactivos empleados, material de referencia, material de referencia certificado. Se garantiza la trazabilidad de patrones utilizados para la confirmación de los equipos	* Verificar certificación de materiales de referencia y/o MRC * Soporte de actividades metrológicas, como certificación de calibración (proveedor acreditado con 17025 verificar tenga el alcance que se requiere), calificación (patrones calibrados en 17025 para la medición)	Certificados de Calibración de Equipos PM-LAB-FO-11 PROGRAMA DE CALIBRACIÓN DE EQUIPOS Certificado de Calibración Termohigrómetro Brisco L107 sensor auto TCAL-623-25 Certificado de Calibración Termohigrómetro TH-002 sensor in HTCAL-1141-25 Certificado de Calibración Termohigrómetro TH-002 sensor auto TCAL-925-25 Certificado de Calibración Turbidímetro 2100Q 25C-108 Certificado de Calibración Balanza Digital BCAL-408-25 Certificado de calibración Colorímetro DR900 25C-821 Certificado de Calibración Multiparámetro HQ40d 25C-109 Certificado de Calibración Termohigrómetro Brixco L107 sensor in HTCAL-829-25

1.19	**A**	El laboratorio realiza aseguramiento de la calidad para todas las pruebas que realiza-**aseguramiento del método:** Esquemas de control de calidad para asegurar la validez del ensayo (controles de kit, material de referencia, de tercera opinión, muestras caracterizadas) *Control de datos de resultado de la medición a través de cartas control	El laboratorio cuenta con esquemas de control de calidad para asegurar la validez del ensayo (controles de kit, material de referencia, de tercera opinión, muestras caracterizadas) *El laboratorio garantiza que se controlan los datos resultados de la medición	* Solicitar registro y análisis de control de calidad interno, por cada sección de laboratorio. (controles internos, controles del kit, muestras caracterizadas, análisis de duplicados) * Verificar control de calidad interno de los materiales de referencia secundarios.	PM-LAB-FO-25 VERIFICACIÓN TURBIDÍMETRO. Diligenciamiento del formato. PM-LAB-POE-01 DETERMINACIÓN DE COLOR PM-LAB-POE-02 DETERMINACIÓN DE TURBIEDAD
1.20	**A**	El laboratorio realiza aseguramiento de la calidad para todas las pruebas que realiza-**aseguramiento del método:** Técnicas analíticas estandarizadas, verificadas o validadas.	El laboratorio cuenta con técnicas analíticas estandarizadas, verificadas o validadas.	Verificar informes de estandarización, (comprobación del método, verificación o validación *Para los análisis fisicoquímicos de aguas Verificar que las metodologías estén referenciadas a documentos normalizados (SM, EPA, ASTM, ISO)	Alcalinidad Titulación Cloro Colorímetro DR900 Cloruros Colorímetro DR900 Color Colorímetro DR900 Conductividad Sonda Conductividad Dureza Titulación fosfatos colorímetro DR900 Hierro Colorímetro DR900 Manganeso Colorímetro DR900 Nitratos Colorímetro DR900 Nitritos Colorímetro DR900 pH Colorímetro DR900 Sulfato Colorímetro DR900 Turbiedad Colorímetro DR900

1.21	**A**	El laboratorio realiza aseguramiento de la calidad para todas las pruebas que realiza - C**ontrol de datos:** Custodia de datos, transferencia (quien verifica datos lo hace contra datos primarios), conclusiones o interpretaciones adecuadas, verificaciones aleatorias de cálculos, definición de número de cifras significativas para los resultados, los equipos que arrojan datos están controlados, las hojas de cálculo son verificadas manualmente, se controla acceso al área, Lineamientos de diligenciamiento y legibilidad de registros	Verificar que el laboratorio disponga de estrategias que le permitan control de la información empleada para la generación de los informes de resultados	El laboratorio realiza aseguramiento de la calidad para todas las pruebas que realiza - **Control de datos:** Custodia de datos, transferencia (quien verifica datos lo hace contra datos primarios), conclusiones o interpretaciones adecuadas, verificaciones aleatorias de cálculos, definición de número de cifras significativas para los resultados, los equipos que arrojan datos están controlados, las hojas de cálculo son verificadas manualmente, se controla acceso al área, Lineamientos de diligenciamiento y legibilidad de registros	PM-LAB-POE-01 DETERMINACIÓN DE COLOR PM-LAB-POE-02 DETERMINACIÓN DE TURBIEDAD PM-LAB-POE-03 DETERMINACIÓN DE CONDUCTIVIDAD Y SÓLIDOS DISUELTOS PM-LAB-POE-04 DETERMINACIÓN DE PH PM-LAB-POE-05 DETERMINACIÓN DE ALCALINIDAD TOTAL PM-LAB-POE-06 DETERMINACIÓN DE DUREZA PM-LAB-POE-08 DETERMINACIÓN DE HIERRO PM-LAB-POE-09 DETERMINACIÓN DE MANGANESO PM-LAB-POE-10 DETERMINACIÓN DE NITRITOS PM-LAB-POE-11 DETERMINACIÓN DE NITRATOS PM-LAB-POE-12 DETERMINACIÓN DE FOSFATOS PM-LAB-POE-13 DETERMINACIÓN DE SULFATOS PM-LAB-POE-15 DETERMINACIÓN DE CLORO RESIDUAL PM-LAB-POE-16 DETERMINACIÓN DE ALUMINIO PM-LAB-POE-17 PRUEBA DE JARRAS PM-LAB-POE-18 RECEPCIÓN DE MUESTRAS DE AGUA PM-LAB-POE-19 TOMA DE MUESTRAS DE AGUA POTABLE PM-LAB-POE-20 TOMA DE MUESTRAS DE AGUA CRUDA

1.22	**A**	El laboratorio realiza aseguramiento de la calidad para todas las pruebas que realiza - **Evaluación del desempeño:** Participación, desempeño y acciones tomadas (documentadas) en caso de resultados no satisfactorios y cuestionables	Verificar que se participe programas de Interlaboratorio o Ensayos de aptitud. Verificar que el laboratorio se encuentre inscrito en el PICCAP, participe y cuente con resultados de las los correspondientes envíos. Verificar que el laboratorio realice un análisis y toma de acciones cuando se evidencien desviaciones en los resultados de la participación.	*Solicitar evidencia de participación en pruebas Interlaboratorio y verificar el desempeño y acciones tomadas (documentadas) en caso de resultados no satisfactorios y cuestionables *Para aguas, siempre verificar PICCAP *Una participación por cada evento según el perfil epidemiológico *Para acreditados demostrar PEA con acreditado o que no existe (programa o acreditado)	Informe Final PICCAP 1-2024 Informe Final PICCAP 2-2024 Resultados Reportados PICCAP 1-2024 Resultados Reportados PICCAP 2-2024
1.23	**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.	Verifique si los reportes emitidos contienen lo declarado en el procedimiento. El laboratorio tiene estandarizado el reporte de resultados El laboratorio tiene definido el canal de comunicación para la transmisión y reporte de resultados de forma escrita y por vía electrónica, además de registrar los reportes que se suministran por vía telefónica.	*Indague que el procedimiento incluya responsabilidades para la generación, emisión, aprobación y entrega de los informes o reportes de resultados, así misma emisión de copias de resultados y verifique un reporte de copia.	PM-LAB-FO-29 INFORME DE RESULTADOS TOMA DE MUESTRAS DE AGUA. Pendiente Informe de Resultados.

HERRAMIENTA DE VERIFICACIÓN DE ESTANDARES DE CALIDAD

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

COD	TIPO	REQUISITO	MODO DE VERIFICACION	EVIDENCIA QUE LA SOPORTA	OBSERVACIONES
2.1	**A**	El laboratorio cuenta con manual de funciones que describa los 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 de acuerdo al cargo.	El laboratorio debe contar con un documento de perfiles de cargos que garantice el cumplimiento de todas las actividades misionales definidas por norma o lineamientos nacionales. Debe estar documentado el perfil del cargo/rol, responsabilidad y autoridad	*Manual de perfiles de puestos de trabajo del laboratorio. Corroborar con lo definido en el manual con hojas de vida.	RD-GD-042 MANUAL DE ESPECIFICO DE FUNCIONES Y COMPETENCIAS LABORALES 2022

2.2	**A**	El laboratorio cuenta con un profesional designado para coordinar y dirigir las actividades desarrolladas por la organización.	Verificar que el laboratorio cuenta con un profesional que está encargado de la coordinación del laboratorio y de la gestión administrativa que garantice todas las actividades misionales. Tener en cuenta Ley 53 de 1975, decreto 2616 de 1982, circular informativa No. 001 de 2019 "Información sobre la dirección de los laboratorios químicos" y conceptos y conceptos del Consejo Profesional de Química Colombia para laboratorios que realicen análisis físico químicos y la Ley 841 de 2003, Ley 1193 de 2008 y conceptos del Colegio Nacional de Bacteriólogos para los laboratorios de ensayos microbiológicos de aguas. Tener en cuenta que en el país son homólogos de los bacteriólogos, los bacteriólogos y laboratoristas clínicos y microbiólogos y bioanalistas. Para el sector público tener en cuenta lo contemplado en el decreto 1083:2015 Decreto único reglamentario del sector de función pública según aplique.	*Verificar la existencia del cargo de coordinador para el laboratorio de salud pública Revisar la hoja de vida del coordinador verificando lo requerido en manual los siguientes aspectos: *Debe ser un profesional en Medicina o Bacteriología, con título legal vigente, otorgado por una institución educativa legalmente certificada. *Debe contar con postgrado en la modalidad de especialización en áreas relacionadas con salud o salud pública: (salud pública, Epidemiologia, Gerencia en salud, Auditoría en Salud) revisar certificaciones títulos, o tiempo de experiencia en encargo similar que homologue los títulos según la normatividad legal vigente (decreto 1785 de 2014). *Si en la Hoja de vida se consignan estudios en el exterior, revisar el registro del título obtenido, convalidado por el Ministerio de Educación de Colombia. *Certificación de experiencia laboral no inferior a veinte cuatro meses de experiencia profesional relacionada.	Contrato 016 de 2023 del 28 de junio de 2023 / Renovación Contrato 016 de 2023 del 29 de diciembre de 2023 / Juan Camilo Chaparro Ruiz

2.3	**A**	El personal que realiza tareas específicas en el área administrativa y de apoyo al laboratorio, está calificado sobre la base de una formación y experiencia apropiada, demostradas según el cargo lo requiera	Verificar la documentación que aparece en la hoja de vida, para el personal auxiliar de apoyo a la actividad analítica y se deben ajustar las especificaciones a las normas vigentes.	Revisar en las hojas de vida del personal administrativo, sea este bachiller, técnico o auxiliar administrativo, así como del personal técnico o auxiliar de laboratorio, que estén consignados los siguientes documentos: *Certificación y copia de Títulos de formación académica y/o técnica, que correspondan a las funciones que este ocupando la persona en el laboratorio *Certificación de experiencia no menor a un año	Contrato 016 de 2023 del 28 de junio de 2023 / Renovación Contrato 016 de 2023 del 29 de diciembre de 2023 / Juan Camilo Chaparro Ruiz

2.4	**A**	El laboratorio cuenta con profesionales, técnicos o tecnólogos, con formación demostrable en cada una de las áreas de su competencia	Verificar que en el laboratorio, por su perfil epidemiológico, volumen y frecuencia de muestras, capacidad de procesamiento, equipamiento, manejan secciones independientes y especializadas, su personal debe certificar formación y experiencia para trabajar en el área designada, cumpliendo con normatividad legal vigente (decreto 1785 de 2014)Verificar el cumplimiento de las normas vigentes en cuanto a las competencias para firmar los resultados de ensayos: Bacteriología (Ley 841 de 2003) para análisis químicos (decreto 2616 de 1982), Tener en cuenta competencia en las áreas de Biología (Ley 22 de 1984),	El personal básico para el desarrollo de actividades misionales que debe contemplar el manual de funciones es:Unidad de eventos de interés en salud pública (personas): *Vigilancia, atención de brotes y control de calidad: Bacteriólogo(s), Biólogo, Microbiólogos.Unidad de vigilancia de factores de riesgo y del ambiente (ambiente): *Entomología: profesional en biología. *Microbiología de Agua Potable: Bacteriólogo(s), Microbiólogos*Físico-químico de Agua Potable: Ingeniería de alimentos, Ingeniería química, químico, técnicos o tecnólogos. *Verificar los Títulos de formación académica y especialización, de acuerdo al manual de perfiles, que correspondan a las funciones que desempeñe el profesional en el laboratorio y confirme su formación profesional*Certificado de experiencia laboral no inferior a un año.	Contrato 016 de 2023 del 28 de junio de 2023 / Renovación Contrato 016 de 2023 del 29 de diciembre de 2023 / Juan Camilo Chaparro Ruiz

2.5	**A**	Desde la dirección o coordinación del laboratorio está asignado un responsable de calidad con formación especifica 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.	Verificar la existencia de una persona responsable de liderar el SGC, que realice las capacitaciones, implementación, seguimiento y evaluación del sistema de gestión de calidad en el laboratorio	Revisar la hoja de vida del responsable de calidad verificando los siguientes aspectos: *Título de profesional preferiblemente del área de la salud *Formación específica certificada en la Norma ISO/IEC 17025:2005 *Certificación de experiencia laboral no inferior a doce meses de experiencia profesional relacionada. *Verificar contra perfil definido en manual de calidad del laboratorio	Contrato 008 de 2021 del 10 de mayo de 2021 / Otro Sl Contrato de Trabajo de 03 de noviembre de 2023 / Andrew Masami Asakura Garcia
2.6	**A**	Desde la dirección o coordinación del laboratorio está asignado director/responsable técnico necesario para la supervisión del cumplimiento de las diversas actividades de las áreas	Los laboratorios deben asegurarse de tener profesional(es) que asegure(n) el cumplimiento de SGC en lo relativo a las operaciones técnicas del Laboratorio con formación técnica para apoyar, revisar y soportar los resultados obtenidos en el laboratorio.	Verificar la asignación de funciones de liderazgo técnico para cada unidad del laboratorio. *Verificar contra perfil definido en manual de calidad del laboratorio	Resolución RVP 098 de 2025

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.	Verificar la existencia de un programa de manejo de residuos liderado por una persona competente, teniendo en cuenta el volumen de desechos	De acuerdo a competencia y complejidad del laboratorio, se debe verificar la existencia de un profesional o técnico encargado de liderar la gestión ambiental. *Revisar hoja de vida de la persona encargada de la gestión ambiental. *Certificación y copia de títulos de formación académica (técnico o profesional), que correspondan al cargo que confirme su formación en el tema ambiental *Certificación de experiencia laboral no inferior a 1 (un) año, ejerciendo las competencias laborales exigidas por el cargo. *Verificar en el manual o procedimientos ambientales, de manejo de residuos, según aplique el perfil del personal designado.	Contrato 012 de 2023 del 02 de febrero de 2023 / Renovación Contrato 012 de 2023 del 29 de diciembre de 2023 / Juan Camilo Chaparro Ruiz
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.	Verificar la existencia de un procedimiento implementado de inducción y entrenamiento técnico para el personal que ingresa nuevo definiendo: personal designado para entrenar, responsabilidades, procedimientos, tiempos asignados y evaluación de resultados. Este procedimiento debe incluir la evaluación del personal en Entrenamiento	*Solicitar el procedimiento de inducción técnico en el laboratorio *Solicitar el procedimiento de entrenamiento técnico*Solicitar el registro de 2 listados de asistencia de inducciones técnica*Solicitar 2 registros de entrenamiento	PA-GTH-DC-PL-05 PLAN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN / INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN DEL LABORATORIO / PE-SIG-SGC-FO-08 REGISTRO DE ASISTENCIAInducción Técnica Juan Camilo Chaparro Ruiz / Registro de Asistencia Inducción Técnica

2.9	**B**	El laboratorio dispone de personal de apoyo para servicios generales (aseo, mantenimiento general, vigilancia) de sus instalaciones, de forma permanente.	Verificar la presencia permanente de personal de aseo y vigilancia de sus instalaciones, bien sea por vinculación directa o contratación de prestación de servicios	*Verificar que en el Laboratorio se cuente con personal de apoyo para servicios generales (aseo, vigilancia), de forma continua, durante los últimos dos años (24 meses). *Si se trata de una empresa contratada por prestación de servicios, verificar el objeto contractual, tiempo de contratación y que entre contrato y contrato se verifiquen los dos últimos años.	PM-LAB-FO-17 CRONOGRAMA DE ASEO LAB / PE-SIG-SGC-FO-08 REGISTRO DE ASISTENCIA Pendiente poner al día los Cronogramas
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	Verificar la participación en programas de capacitación continuada que permita mantener actualizados todos sus procesos y procedimientos, en temas relacionados con el fortalecimiento del laboratorio.	*Verificar plan de capacitaciones, el seguimiento al plan y la eficacia. *Solicitar 2 certificaciones de capacitaciones o actualizaciones en relación con lo programado	PA-GTH-DC-FO-03 EVALUACIÓN DE CAPACITACIÓN / PE-SIG-SGC-FO-08 REGISTRO DE ASISTENCIA Prueba de Capacitación 15-10-24 / Registro de Asistencia 15-10-24
2.11	**B**	El laboratorio realiza seguimiento al desempeño técnico con periodicidad definida al personal de laboratorio tanto profesional, técnico o de apoyo al laboratorio, independiente de su modalidad de vinculación	Verificar que el procedimiento de evaluación de personal garantice su idoneidad, competencia y seguimiento para las labores asignadas se encuentre establecido.	*Verificar la evaluación de la competencia del personal profesional y asistencial y el seguimiento realizado Revisar frecuencia definida en el procedimiento	PA-GTH-PR-05 EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO LABORAL / PM-LAB-FO-38 EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO LABORAL TÉCNICO Evaluación de Desempeño Laboral Técnico 12-11-24

HERRAMIENTA DE VERIFICACIÓN DE ESTANDARES DE CALIDAD

3. INFRAESTRUCTURA Y DOTACIÓN

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

COD	TIPO	REQUISITO	MODO DE VERIFICACION	EVIDENCIA QUE LA SOPORTA	OBSERVACIONES
3.1	**A**	La construcción o remodelación de la planta física del laboratorio de salud pública se realizó cumpliendo las especificaciones de la norma vigente en sismo resistencia y cuente con los lineamientos emitidos por Subdirección de Infraestructura del Ministerio de Salud y Protección Social.	*Verificar que el Laboratorio debe estar construido de acuerdo a las normas vigentes para edificaciones en cuanto a Sismo resistencia (Ley 400 de 1997 y la NSR 2010). *Verificar que las instalaciones del laboratorio tengan en cuenta los lineamientos que tenga dispuesto el Ministerio de Salud y Protección Social	*Solicitar las constancias emitidas por autoridad competente que certifican que la edificación ha sido construida bajo las normas de Sismo resistencias vigentes. *Solicitar los documentos emitidos por Ministerio de Salud y Protección Social que aprueben las adecuaciones realizadas a la planta física del Laboratorio.	Concepto Técnico Sismo Resistencia 2024 / 28 de abril de 2025

3.2	**A**	Las instalaciones del laboratorio están distribuidas por secciones o áreas de acuerdo a sus actividades misionales, que son debidamente identificadas con separación eficaz en donde se realicen actividades diferentes o incompatibles, para evitar cualquier tipo de contaminación cruzada.	Verificar la infraestructura física con áreas de trabajo separadas y delimitadas, con secciones independientes en sus temas técnicos. Verificar que el área administrativa está completamente separada del área técnica. Debe existir una central o recepción de muestras separada de la unidad de eventos de interés en salud pública (atención al humano) y la unidad vigilancia de factores de riesgo y del ambiente. Verificar el control de acceso y el uso de las secciones y/o áreas que lo requieran, según niveles de bioseguridad. El laboratorio debe garantizar que no se presente contaminación cruzada por deficiencia en la infraestructura física.	Realizar una visita por todo el laboratorio, observando la distribución e identificación de áreas y/o secciones, tanto en la parte técnica como administrativa en las dos unidades, verificar: *Separación de áreas administrativas de áreas técnicas con la existencia de restricciones en el acceso, y si estas se hacen evidentes mediante avisos visibles (puertas, accesos, señalización). *Recepción de muestras para atención de eventos de interés en salud pública y un recepción de muestras para atención al ambiente separada *Verificar que se cuenta con áreas separadas para el análisis fisicoquímico y microbiológico de agua para consumo humano de otras. *Señalización (denominación de las secciones o áreas, del riesgo, salidas de emergencia, ruta sanitaria, etc.) *verificar áreas independientes para lavado, almacenamiento de reactivos e insumos.	PE-SIG-SGC-FO-11 INFORME DE GESTIÓN. Pendiente Informes de Gestión de Adecuaciones / Incorporar Fotos Recepción de Muestras y Mesones / FIRMAS Y ESCANEO

3.3	**A**	El laboratorio cuenta con un área específica para pesaje que garantice el óptimo funcionamiento de las balanzas.	Indagar sobre la designación de un área específica para realizar el pesaje de reactivos, insumos, y materiales requeridos en las diferentes secciones del laboratorio.	Realizar visita al área de pesaje, y verificar condiciones de funcionamiento: mesones estables, libres de corrientes de aire y de todo tipo de vibraciones. *Verificar que los mesones y superficies sean de materiales no porosos, de fácil limpieza y desinfección. *Verificar registro de control de humedad y temperatura del área.	PE-SIG-SGC-FO-11 INFORME DE GESTIÓN. Pendiente Informes de Gestión de Adecuaciones / Incorporar Fotos Balanza / FIRMAS Y ESCANEO
3.4	**B**	El laboratorio realiza el registro, seguimiento y control de las condiciones ambientales, además mantiene iluminación adecuada para todas las secciones según lo requieran los procedimientos o características técnicas de los equipos.	Verificar que el laboratorio registra, realiza seguimiento y análisis de las condiciones ambientales de las áreas técnicas y valida el impacto frente al uso del área.	Verificar: presencia de luz natural y artificial suficiente en las instalaciones, ubicación de las cabinas de bioseguridad, presencia de termómetros e higrómetros en las secciones, indagar por el registro de control de temperatura y humedad del ambiente (aire acondicionado), controles de esterilidad para las áreas y los equipos que aplica. *Verificar registro de control de humedad y temperatura de al menos dos secciones al azar. *Verificar el control de desinfección de áreas en la sección de microbiología.Verificar las acciones tomadas frente a los resultados obtenidos	PM-GAM-FO-02 REPORTE DE CONDICIONES AMBIENTALES / PE-SIG-SGC-FO-11 INFORME DE GESTIÓN. Completar diligenciamiento de los Reportes de Condiciones Ambientales / Informe de Gestión Impacto de Condiciones Ambientales / FEBRERO Y JUNIO FIRMADOS Y ESCANEO

3.5	**B**	Todas las áreas del laboratorio están dotadas con tomas de agua y pocetas funcionales que permiten la fácil limpieza de los materiales en procedimientos de lavado y descontaminación.	Verificar la existencia de tomas de agua y pocetas en las áreas del laboratorio	Observar las pocetas que tiene el laboratorio, y verificar si tienen las especificaciones técnicas requeridas. (llaves cuello de ganso y pocetas con mínimo 30 cm de profundidad)	El laboratorio cuenta con una poceta para lavado de material resultante de los ensayos fisicoquímicos.
3.6	**A**	El laboratorio cuenta con ambientes separados e independientes para el lavado de material para los ambientes de microbiología y fisicoquímico de aguas para consumo humano y otras.	Verificar el lavado de material y desinfección en cada una de las secciones que se requieran.	Verificar que la unidad de eventos de interés en salud pública (atención a las personas) cuente con al menos un lavado de material y desinfección (al menos 1). *Verificar que se cuenta con áreas diferenciadas para lavado de material en las secciones de análisis fisicoquímico y microbiológico de agua potable (1).	PM-LAB-PR-01 LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DEL LABORATORIO. El laboratorio cuenta con ambiente para el lavado y desinfección de material.

3.7	**B**	Las secciones y ambientes técnicos del laboratorio cuentan con un sistema de ventilación acorde con los procedimientos que se realizan.	Revisar el acondicionamiento del aire en laboratorio y el mantenimiento de un flujo adecuado de las corrientes de aire: en el sentido de que éste circule siempre desde el lugar menos contaminado hacia el más contaminado.Revisar la presencia de aires acondicionados (ubicación, mantenimiento), o sistemas de inyección o extracción de aires por ambientes y estado de filtros HEPA.	El laboratorio cuenta con un sistema mecánico de ventilación que introduzca aire del exterior sin recirculación, cuando no se disponga de ventilación mecánica las ventanas deberán poder abrirse y de ser posible provistas de mosquiteros. Según apliqueFlujo de trabajo adecuado para las actividades del laboratorioVerificar con micobacterias: ventilación adecuada yun flujo de aire direccional, ventanas cerradas en todo momento.	PE-SIG-SGC-FO-11 INFORME DE GESTIÓN. Pendiente El laboratorio cuenta con mosquiteros en las ventanas.
3.8	**B**	El laboratorio tiene espacios de almacenamiento en condiciones adecuadas para asegurar la continua integridad para todo tipo de muestras que requieran ser almacenadas.	Verificar que el laboratorio cuente con espacios para almacenamiento de muestras en condiciones adecuadas, asegurando la cadena de custodia en los casos requeridos y debidamente almacenados. Así como la toma de acciones frente a situaciones por fuera de especificación o no aseguramiento metrológico.	*Observar el área de almacenamiento para elementos, insumos, y reactivos, realizar inspección visual de estos lugares con relación a la organización, iluminación y ventilación *Verificar controles de temperatura de equipos de refrigeración o congelación donde aplique. *Verificar extractores o filtros de carbón activado en los cuartos de almacenamiento de reactivos	Pendiente Hoja de Vida Nevera / Incluir Fotos Nevera, Sensor de Temperatura / Diligenciamiento de Temperatura en Formato

3.9	**B**	El laboratorio tiene espacios de almacenamiento en condiciones adecuadas para asegurar la continua integridad de: elementos, insumos y reactivos.	Verificar que el laboratorio cuente con espacios para el almacenamiento de elementos, insumos o reactivos empleados en sus diferentes secciones.	Indagar sobre la ubicación de lugares de almacenamiento para elementos, insumos, y reactivos, realizar inspección visual de estos lugares Verificar controles de temperatura de equipos de refrigeración o congelación donde aplique. Verificar extractores o filtros de carbón activado *Verificar la guía o lineamiento que tengan para la clasificación y almacenamiento de reactivos y su aplicación	PE-SIG-SGC-FO-11 INFORME DE GESTIÓN. Pendiente Etiquetas SGA
3.10	**B**	El laboratorio tiene espacios de almacenamiento en condiciones adecuadas de: documentos, registros, resultados tanto en medio físicos como archivos electrónicos.	Verificar la presencia de archivo para los documentos físicos y electrónicos con el tamaño adecuado de acuerdo al volumen o complejidad del laboratorio.	Indagar sobre la ubicación del archivo, inspeccionar visualmente (humedad, acceso, volumen, entre otros).	PA-ID-GD-FO-01 FORMULARIO ÚNICO DE INVENTARIO DOCUMENTAL. Pendiente FUID actualizado / Debida marcación de las carpetas / Pendiente ordenamiento del Drive 2025 / Llaves duplicado Alta Gerencia
3.11	**B**	El laboratorio debe garantizar el suministro continuo de los servicios públicos.	Verificar que el laboratorio cuente con suministro continuo de energía eléctrica, agua y/o gas natural. Verificar en lugares de frecuente interrupción de energía eléctrica la disponibilidad de planta eléctrica.	Indagar el suministro continuo de servicios de energía eléctrica, agua y gas natural. Indagar la planta eléctrica y su funcionamiento. Indagar sobre el mantenimiento de los tanques de almacenamiento de agua.	PE-SIG-SGC-FO-11 INFORME DE GESTIÓN. Adecuación de tanque de almacenamiento de agua

3.12	**A**	El laboratorio cuenta con la dotación permanente de insumos, reactivos, elementos de protección personal, así como equipamiento suficiente. Para laboratorios propios del prestador o autorizados por el MSPS, la dotación será acorde a la Resolución 2115 de 2007 o la norma que la reemplace o sustituya.	Verificar la presencia de equipos teniendo en cuenta el volumen y frecuencias de muestras y desarrollo tecnológico, entre otros.	Verificar la presencia de equipos básicos de acuerdo al área de procesamiento y por secciones del laboratorio.	PM-LAB-PR-04 REPORTE DE INFORMES Y ENTREGA DE RESULTADOS Incorporar la frecuencia de muestras en el PM-LAB-PR-04 y reforzar Actividad 6 Anexo Referencia y Contrarreferencia.
3.13	**A**	El laboratorio tiene documentadas las hojas de vida de equipos con datos de identificación, referencia, e historial de las operaciones de confirmación metrológica aplicables.	Indagar sobre la documentación de soporte de los equipos sea conocida por todo el personal y que se cuente con hoja de vida conocida y disponible que incluya: identificación del equipo, nombre, datos de contacto con apoyo técnico, número de serie, fecha de recepción y fecha de puesta en servicio, lugar en que se encuentra ubicado, si es nuevo, usado, reacondicionado o en comodato, manuales de usuario, requerimientos de operaciones de confirmación metrológica.	Revisar al azar de un 5 a10% de las hojas de vida de los equipos del laboratorio haciendo énfasis en: identificación del equipo, nombre, datos de contacto e instrucciones del fabricante, número de serie, fecha de recepción y fecha de puesta en servicio, lugar en que se encuentra actualmente (área o sección), si es nuevo, usado, reacondicionado o en comodato, manuales de usuario o instructivos de operación, requerimientos de OCM *Revisar los informes de las operaciones metrológicas realizadas.	Pendientes Hojas de Vida de Equipos de Laboratorio.
3.14	**B**	El laboratorio cuenta con manuales de uso o tiene documentado el procedimiento de manipulación, cuidado y utilización segura, de cada uno de los equipos, señalando las precauciones que se deben tener en cuenta. Este es conocido y está disponible para el usuario	Verificar que las instrucciones de uso de cada equipo deben estar a disposición del personal que lo manipula, y el laboratorio debe archivar los manuales de operación de cada equipo con conocimiento y acceso del personal que los maneja.	Solicitar de uno a dos documentos de los equipos donde se encuentren las instrucciones generales de uso en español (Instructivos), y verificar su ubicación (cerca del equipo y de fácil acceso).	Los manuales están dispuestos en carpetas y se ubican en la zona administrativa.

3.15	**A**	El laboratorio cuenta con un plan metrológico implementado para garantizar el adecuado funcionamiento de los equipos y la seguridad de las mediciones.	Verificar la existencia de un plan metrológico anual de equipos, que incluya las operaciones de confirmación metrológicas aplicables	Solicitar y revisar contenido del plan metrológico y el seguimiento realizado.	PM-LAB-PL-01 PLAN DE METROLÓGICO DEL LABORATORIO DE AGUA POTABLE / Pendiente Plan Metrológico
3.16	**B**	El laboratorio tiene implementado un plan de mantenimiento a sus instalaciones físicas.	Verificar la realización del mantenimiento a las instalaciones físicas para el cumplimiento de sus actividades misionales.	*Solicitar plan de mantenimiento de infraestructura y verificar registros y cronograma de mantenimiento y ejecución de la vigencia anterior.	PE-GPD-PL-05 PLAN DE MANTENIMIENTO LAB. Soportes de mantenimiento.
3.17	**B**	El laboratorio tiene implementados sistemas de comunicación, informática y conectividad garantizando la comunicación al interior y al exterior del mismo, con todos sus usuarios de acuerdo a la ubicación geográfica y al grado de complejidad	Verificar que el laboratorio cuente con un sistema en Red funcionando. mínimo debe existir comunicación entre secciones y/o áreas por medio del uso de teléfono con extensiones cuando se encuentren separadas, y garantizar el acceso a internet.	*Verificar red telefónica funcionando (interna entre secciones y coordinación y externa) *Verificar el acceso continuo a internet.	PE-GPD-PL-05 PLAN DE MANTENIMIENTO LAB. Gestión para conectividad: red de datos y línea telefónica
3.18	**C**	El laboratorio cuenta con programas periódicos de mantenimiento, actualización y protección de software.	El laboratorio debe mantener una programación para el mantenimiento, actualización y vacunación de software.	*Revisar los registros y las fechas de programación y realización de mantenimiento a los softwares de todos los equipos, al menos una vez al año.	Pendiente Plan de Mantenimiento de Software y Hardware / HACER UNO / Pendiente Registros de Programación
3.19	**C**	El laboratorio mantiene copia de seguridad de la información generada y además determina los niveles de acceso de acuerdo a las responsabilidades del personal que maneja la información	En el laboratorio debe estar estipulado el procedimiento de registro y de almacenamiento de la información generada como: resultados de las pruebas, datos de control de calidad, datos de notificaciones. Además, se definen responsabilidades y niveles de acceso para el manejo de la información.	*Verificar la existencia de copias de seguridad de la información recolectada, recibida o emitida (medios físicos o magnéticos) *Verificar esquemas de protección y acceso a la información electrónica.	Se tiene Backups de Copia de Seguridad en el File Browser NAS con acceso de Laboratorio.

HERRAMIENTA DE VERIFICACIÓN DE ESTANDARES DE CALIDAD

4. REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

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

COD	TIPO	REQUISITO	MODO DE VERIFICACION	EVIDENCIA QUE LA SOPORTA	OBSERVACIONES
4.1	A	El laboratorio documenta e implementa a través de manuales, los procesos y procedimientos la recepción, manipulación, remisión, transporte y conservación de muestras "ítems" de ensayo" y tiempos de entrega de resultados, en condiciones de calidad, seguridad, oportunidad y eficiencia.	El laboratorio debe contar con un procedimiento de recepción, manejo y transporte de muestras, Verificar que incluya lo respectivo a la vigilancia de aguas para consumo humano El laboratorio cuenta con procedimientos de envío o remisión de muestras tanto para muestras biológicas como para agua de consumo humano.	*Verificar la existencia del procedimiento de recepción, manejo y transporte de muestras *Verificar la existencia y del procedimiento de envió o remisión de muestras. *Verificar el procedimiento de toma y transporte de muestras de agua para consumo humano. *Verificar el procedimiento para la manipulación de las muestras o ítems de ensayo *Verificar el tiempo para la entrega de los resultados al grupo de vigilancia, ambiente o laboratorios.	PM-LAB-PR-05 MANIPULACIÓN, TRANSPORTE, CONSERVACIÓN Y ENTREGA DE RESULTADOS

4.2	**B**	El laboratorio tiene documentado e implementado el proceso de referencia y contra referencia de acuerdo con la capacidad técnica para la prestación del servicio, que incluya: ensayos o pruebas que remite a otros laboratorios, reporte de los ensayos remitidos, revisión de la solicitud del servicio y condiciones para la remisión de muestras.	El laboratorio tiene documentado su proceso de referencia y contra referencia de acuerdo con su capacidad técnica.	*Verificar el documento de referencia y contrarreferencia. Verificar que ensayos o pruebas remite a otros laboratorios (revisar contratos, y como se reportan los ensayos remitidos) *Revisión de registro de Solicitud de análisis y tipo de análisis requeridos. Revisar si cuenta con personal, equipamiento, recursos para el servicio. Verificar que se garantice el adecuado embalaje de las muestras de acuerdo a lineamientos nacionales de embalaje y transporte. Verificar lineamientos para emisión o envío de resultados a la Red.	PM-LAB-PR-06 REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA. Contrato 014 de 2025 para Análisis Microbiológicos.
4.3	**B**	Desde la coordinación o dirección del laboratorio se asegura que todos los procedimientos o lineamientos incluidos en referencia y contra referencia son del conocimiento del personal involucrado en la actividad.	El laboratorio se asegura de capacitar a su personal sobre los procedimientos o lineamientos de referencia y contra referencia a seguir para los eventos de interés en salud publica	*Solicitar listado de asistencia a las capacitaciones del personal en los procedimientos de referencia y contra referencia para los eventos de interés en salud pública, en el último año.	PM-LAB-PR-06 REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA. Analista de Laboratorio Juan Camilo Chaparro Ruiz.

4.4	**B**	El laboratorio tiene documentado el procedimiento de cadena custodia para las muestras que lo requieran de acuerdo a las exigencias de ley. (Aplica para laboratorios de control).	Verificar la implementación del procedimiento de cadena de custodia debe estar documentado y socializado al personal del laboratorio.	Verificar:*Registros de recepción de las muestras en el laboratorio tener en cuenta que aplica igualmente para los ensayos de aptitud *Instrucciones de codificación y etiquetado de muestras*Registros de ingreso y de análisis de las muestras*Condiciones de almacenamiento de las muestras mientras ingresan al área técnica*Verificar informe de resultados *Verificar disposición final de muestras.	PM-LAB-MA-01 MANUAL DE CALIDAD DEL LABORATORIO DE AGUA POTABLE. Incorporar redacción referente a Cadena de Custodia en el Manual de Calidad / PM-LAB-FO-28, y el Formato Establecido por la Subcontratación Externa.
4.5	**A**	El laboratorio tiene establecidos procedimientos para la verificación de la trazabilidad de las muestras.	La trazabilidad comienza con la recepción de muestras y su identificación hasta que se genera el informe del resultado. Permite realizar el rastreo de las muestras y establecer responsabilidades.	La trazabilidad comienza con la recepción de muestras y su identificación hasta que se genera el informe del resultado. Permite realizar el rastreo de las muestras y establecer responsabilidades.	PM-LAB-MT-04 MATRIZ DE CADENA DE CUSTODIA ANÁLISIS MICROBIOLÓGICOS. Pendiente el diligenciamiento de la Matriz.

HERRAMIENTA DE VERIFICACIÓN DE ESTANDARES DE CALIDAD

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.

COD	TIPO	REQUISITO	MODO DE VERIFICACION	EVIDENCIA QUE LA SOPORTA	OBSERVACIONES
5.1	**A**	El laboratorio cuenta con un manual o procedimiento de bioseguridad aprobado, implementado y divulgado.	Verificar la existencia y el contenido del manual de bioseguridad en lo que hace referencia a las muestras procesadas en el laboratorio y comprobar la disponibilidad que tienen todos los integrantes del laboratorio del mismo.	*Solicitar el manual o procedimiento de Bioseguridad, y verificar que está disponible para el personal del laboratorio *Lista de asistencia de socialización versión vigente	PM-SIG-GAM-MA-01 MANUAL DE BIOSEGURIDAD DE LABORATORIO. Pendiente actualización manual de bioseguridad y regresar para cambio de versión.
5.2	**A**	El manual de bioseguridad tiene un enfoque basado en la identificación, análisis y gestión del riesgo acorde a los agentes biológicos y sustancias químicas que se manejan en el laboratorio.	Verificar el contenido del manual de bioseguridad en lo que hace referencia identificación, análisis y gestión del riesgo asociado a las muestras que manipula, Tener en cuenta Manual de bioseguridad de laboratorios OMS cuarta edición (2020) y monografías específicas.	*En el contenido el manual de Bioseguridad clasifica al laboratorio según el nivel de riesgo biológico asociado a las muestras que manipula. *Verificar el tema de manejo en derrames químicos y biológicos	PM-SIG-GAM-MA-01 MANUAL DE BIOSEGURIDAD DE LABORATORIO. En el manual de bioseguridad con código PM-LAB.MA-01 versión 01 del 14-03-2023 en el ítem de FACTOR Y EXPOSICIÓN AL RIESGO se encuentra la matriz de Riesgos de planta de tratamiento de agua potable, donde se incluyen los análisis realizados en planta.

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 manejan.	según el plan para la gestión integral de los residuos generados en la atención en salud y otras actividades se deben seguir las especificaciones de código de colores para el manejo de residuos.	*Observar el uso de tapabocas, gorro, guantes, mascarillas, batas blancas y desechables, calzado cerrado en el personal del laboratorio en las áreas que aplique *Verificar el uso de teléfonos móviles en micobacterias	El laboratorio cuenta con kit antiderrames disponible en el área de análisis, debidamente rotulado y con su manual de uso. El laboratorio se encuentra en buenas condiciones de limpieza y desinfección. En el laboratorio cuenta con la señalización de los EPP que deben usarse en el área de análisis.
5.4	**A**	El laboratorio cuenta con cabinas de bioseguridad para el manejo y procesamiento de muestras infecciosas.	El laboratorio debe asegurar que realiza proceso o procedimientos para el manejo adecuado de los agentes infecciosos que manejan para la seguridad de la muestra, el personal y el medio ambiente. Tener en cuenta diseño arquitectónico de LSP del MSPS.	*Verificar el uso de cabinas de Bioseguridad para el manejo y procesamiento de las muestras de carácter infeccioso, requerido para microbiológico de aguas y micobacterias cuando realizan cultivos mínimo clase A2 Verificar que cuenten con las OCM que tengan definidos.	N/A
5.5	**A**	El laboratorio tiene un manual o plan para la gestión integral de los residuos generados en sus diferentes secciones y áreas de trabajo ajustado a su grado de complejidad y de acuerdo a la normatividad vigente.	El laboratorio debe documentar los procedimientos relacionados con la gestión integral de residuos. El documento debe seguir los lineamientos contenidos en el Decreto 351 de 2014 y transitoriamente la Resolución 1164 de 2002 Manual de procedimientos para la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares y Decreto Único Reglamentario del Sector Ambiente 1076 de 2015 Titulo 6 Residuos Peligrosos o aquellos que los modifiquen o sustituyan	*Solicitar el plan para la gestión integral de residuos generados en la atención en salud y otras actividades y verificar que el documento describa y este acorde a los procedimientos que están implementados en el laboratorio y no sea la copia de la Resolución 1164 de 2002. *Tener en cuenta que uno de los cambios de la 1076:2015 fue el fortalecimiento de la caracterización	PM-SIG-GAM-PL-02 PLAN DE GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS SÓLIDOS Y RESIDUOS PELIGROSOS PGIRS – RESPEL - PTAP. Revisar y actualizar plan de gestión integral / cianuro y regresar para cambio de versión.

5.6	**A**	El laboratorio cumple con las especificaciones técnicas de los recipientes para la recolección de residuos (reutilizables, desechables, cortopunzantes, químicos y radiactivos).	La segregación de residuos en todas las áreas del laboratorio debe realizarse en recipientes adecuados por dimensiones, tipo y resistencia de los materiales y rotulado con pictogramas de acuerdo al tipo de residuo según Resolución 1164 de 2002 o normatividad que la modifique o sustituya.	*Verificar la presencia de recipientes adecuados y suficientes para la segregación residuos en las diferentes secciones Guardianes Bolsas plásticas Canecas	PENDIENTE MARCAR LAS CANECAS CON SGA RÓTULO.
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.	Según el plan para la gestión integral de los residuos generados en la atención en salud y otras actividades se deben seguir las especificaciones de código de colores para el manejo de residuos.	Durante el recorrido por el laboratorio, inspeccionar que las canecas estén dotadas de las bolsas del mismo color y su contenido.	SE SOLICITA COMPRAR LAS BOLSAS DE COLORES.
5.8	**A**	El laboratorio realiza todos los procesos de tratamiento y disposición final de residuos infecciosos, químicos, y radiactivos con gestores externos autorizados por la autoridad ambiental competente. Dicho contrato o convenio debe estar vigente y la prestación del servicio permanente.	En el plan de gestión integral de residuos generados en la atención en salud y otras actividades, deben establecerse los procedimientos de tratamiento y disposición final de los residuos peligrosos, el cual debe incluir la totalidad de los residuos generados por el laboratorio basados en la caracterización de los mismos por cada sección o área de trabajo los cuales deben ser descritos en el plan	*Solicitar copia de la licencia del gestor ambiental externo, emitida por autoridad competente (vigente) se puede encontrar en el contrato *Solicitar copia del contrato o convenio vigente y anterior *Solicitar registro de visita de verificación (mínimo 1 vez al año) al gestor externo contratado respecto a los procedimientos de tratamiento y disposición final de los residuos peligrosos. (químicos e infecciosos) *Verificar las actas de disposición de residuos por parte de la empresa	CONTRATO DESCONT VIGENTE 2025 900259348 - ID. 65027

5.9	**B**	El laboratorio realiza el pre tratamiento in situ de los residuos como medida de bioseguridad o principio de precaución de impacto ambiental (Ley 99 de 1993)	En el plan de gestión integral de residuos generados en la atención en salud y otras actividades, deben establecerse los procedimientos de desactivación, que deben incluir los residuos generados por el laboratorio basados en la caracterización de los mismos por cada sección o área de trabajo los cuales deben ser descritos en el plan	*Para procedimientos de desactivación "in situ" indagar como se realiza y verificar si coincide con el Plan de gestión integral de residuos generados en la atención en salud y otras actividades *Verificar el tema de desactivación si cuentan con área de micobacterias identificar cuáles deberían ser desactivados	N/A
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	Los procedimientos de la ruta sanitaria están documentados en el PGIRH especificando esquema de la ruta, franjas horarias por tipos de residuos, frecuencias, mecanismos para transportar los residuos al cuarto de almacenamiento central, responsables y uso de elementos de protección personal.	*Durante el recorrido por el laboratorio verificar que el esquema de la ruta se cumpla. *Verificar la dotación de elementos mínimos como carro transportador con ruedas y tapa, y elementos de protección personal. *Preguntar al personal del área técnica el funcionamiento de la ruta sanitaria (horarios, frecuencias y recorrido)	PM-SIG-GAM-PL-02 PLAN DE GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS SÓLIDOS Y RESIDUOS PELIGROSOS PGIRS – RESPEL - PTAP. INCLUIR LAS RUTAS SANITARIAS 13.1.

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.	Los criterios de adecuación para el cuarto de almacenamiento de residuos, deben estar basados en los establecidos en la Resolución 1164 de 2002 numeral 7.2.6.	*Visitar el cuarto de almacenamiento de residuos, verificando que la ubicación, señalización, dotación, condiciones estructurales y sanitarias cumplan con los criterios. Bascula, canastillas o recipientes rígidos, congelador de ser necesario, espacios por clase de residuos, en el interior de la institución permite acceso de vehículo recolector, uso exclusivo para residuos, acopio nunca mayor a 1 mes, ideal 7 días	PENDIENTE´MARCAS LAS CANECAS CON SGA ROTULO Y SUBIR LA BALANZA.
5.12	**A**	El laboratorio cumple con el adecuado etiquetado de residuos para ser entregados a los gestores externos.	El etiquetado de residuos permite establecer la trazabilidad del residuo desde su generación hasta su disposición final, la etiqueta contiene: tipo de residuo, lugar de origen, fecha de recolección y responsable del procedimiento.	*Verificar que, en el cuarto de almacenamiento, que todos los residuos se encuentren etiquetados en forma correcta.	TENER TODOS LOS RESIDUOS GENERADOS ROTULADOS / INCORPORAR EN EL PLAN 13.1 EL NFORME DE GESTIÓN AL GESTOR EXTERNO.
5.13	**B**	El laboratorio diligencia los registros de cuantificación de residuos (RH1)	Todos los residuos generados en el laboratorio deben cuantificarse y registrarse en el formato RH1 de acuerdo a lo establecido en la Resolución 1164 de 2002 que permita calcular los indicadores de gestión interna y emitir los informes que la autoridad sanitaria o ambiental solicite.	*Revisar carpeta con registros RH1. Verificando la cuantificación de residuos peligrosos y no peligrosos y que la sumatoria mensual coincide con los entregado al gestor externo y con las actas de disposición final	PENDIENTE DILIGENCIAR FORMATO RH1.

5.14	**C**	El laboratorio cuenta con la caracterización de aguas residuales mediante laboratorio acreditado por el IDEAM y toma acciones frente a sus resultados, así mismo cuenta con permisos para emisiones atmosféricas (según aplique).	Debe preguntarse en el laboratorio por la caracterización de las aguas residuales del laboratorio de acuerdo con el Decreto 1076 de 2015 y la Resolución 631 de 2015 o normatividad que la modifique o sustituya e Indagar sobre las acciones tomadas frente a los resultados obtenidos Indagar sobre el permiso de emisiones atmosféricas para casos en los que el laboratorio posea fuentes fijas de emisión de gases como: calderas, hornos solicitar permiso de emisión dada por autoridad competente	*Vertimientos: Indagar sobre el permiso de vertimientos vigente y la caracterización de aguas residuales en el laboratorio mediante las pruebas realizadas por laboratorio acreditado por el IDEAM, solicitar resultados de las pruebas, de acuerdo a la Resolución 631 de 2015. *Emisiones atmosféricas: Indagar sobre el permiso de emisiones atmosféricas para casos en los que el laboratorio posea fuentes fijas de emisión de gases como: calderas, hornos solicitar permiso de emisión dada por autoridad competente. (Los equipos de funcionen con gas natural o gas licuado de petróleo no necesitan permiso de emisiones atmosféricas).	SE TIENE LA CARACTERIZACIÓN DE LAS AGUAS RESIDUALES
5.15	**C**	El laboratorio cuenta con plan de contingencias para el manejo de residuos ante accidente o cualquier eventualidad como falta de contrato para la recolección de residuos, falta de personal para realizar la ruta sanitaria, falta de suministro de bolsas acorde al código de colores, entre otras.	El laboratorio debe documentar el plan de contingencia para el manejo de residuos ante accidente o cualquier eventualidad acorde a la normatividad vigente (decreto 1076:2015 Art. 2.2.6.1.3.1)	*Verificar el plan de contingencia acorde a las actividades que desarrolla y a las posibles eventualidades. (identificar las posibles eventualidades como falta de contrato para la recolección de residuos, falta de personal para realizar la ruta sanitaria, falta de suministro de bolsas acorde al código de colores, entre otras)	PM-SIG-GAM-PL-01 PLAN DE CONTINGENCIA LABORATORIO Y PTAP. REVISAR PLAN Y REGRESAR PARA VERSIÓN
5.16	**A**	Las instalaciones del laboratorio disponen de duchas, lavamanos y lavaojos, de fácil acceso para el personal, funcionales y con control de funcionamiento. Si se usan medios para lavado ojos (kits portátiles) deben estar vigentes y disponibles.	Los laboratorios están clasificados como nivel de bioseguridad 2 y el manual de la OMS exige que tengan una ducha de emergencia y un lavaojos, (B2).	*Verificar la presencia del lavaojos y la ducha de emergencia de fácil acceso, mantenimiento y funcionamiento. *Verificar si se lleva registro de prueba de uso y sugerir su diligenciamiento en caso no llevarse	IMPRIMIR VERSIÓN 01 DEL FORMATO 41 / ENVIAR EL FORMATO PARA AJUSTAR VERSIÓN 02 Y SERÁ DEVUELTO.

HERRAMIENTA DE VERIFICACIÓN DE ESTANDARES DE CALIDAD

6. PROCESO PRIORITARIO

Incluye todas las actividades que el laboratorio debe realizar en el marco del Sistema de Vigilancia en Salud Pública y vigilancia y control sanitario.

COD	TIPO	REQUISITO	MODO DE VERIFICACION	EVIDENCIA QUE LA SOPORTA	OBSERVACIONES
6.1	**A**	El personal del laboratorio conoce sus responsabilidades dentro de la Red Nacional de Laboratorios (Decreto 780 de 2016, el cual que contiene el Decreto 3518 de 2006, el Decreto 2323 de 2006, la Resolución 1619 de 2015, el sistema de vigilancia en salud pública y vigilancia y control sanitario (Decreto 1575 de 2007 y sus resoluciones reglamentarias). Aplica para laboratorios propios del prestador o autorizados.	El coordinador debe asegurar que los profesionales del laboratorio conozcan sus responsabilidades dentro del sistema de vigilancia normado referente a la Red Nacional de Laboratorios.	*Verificar registros de capacitación de competencias frente a la normatividad vigente: decreto 780 de 2015 (contiene decreto 3518/2006 y el decreto 2323 de 2006), decreto 1575/2007 y sus resoluciones, resolución 1619 de 2015. Verificar para personal nuevo	PA-GTH-DC-PL-02 PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN / PE-SIG-SGC-FO-08 REGISTRO DE ASISTENCIA. Capacitación Normatividad Laboratorio

6.2	**B**	El laboratorio se encuentra dando cumplimiento a la Resolución 561:2019 emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social.	Verificar la inscripción y registro de pruebas en el aplicativo Relab del MSPS.	*Verificar registros de socialización o capacitación de lineamientos nacionales como: protocolos de vigilancia, guías de laboratorios, circulares, lineamentos, documentos técnicos) *Solicitar la divulgación o socialización de las ultimas circulares generadas por el INS o en conjunto con el MSPS en temas relacionados con la vigilancia por parte del laboratorio. *Verificar el manejo de la página web del INS	Pendiente acceso al RELAB de la Entidad
6.3	**B**	El laboratorio participa en la elaboración de los boletines epidemiológicos remitiendo información de su competencia, o en publicaciones en conjunto con los responsables de vigilancia en salud pública, salud ambiental y coordinadores de programas.	Indagar con el responsable de vigilancia la verificación de envío de los resultados emitidos por el laboratorio con destino al área correspondiente para la inclusión en los boletines epidemiológicos o publicaciones por el medio que la entidad territorial disponga para tal fin.	*Verificar registro de envío de resultados al área correspondiente para su publicación *Solicitar un Boletín Epidemiológico o publicación y verificar la utilización de los datos suministrados por el laboratorio *Solicitar una publicación en conjunto donde se verifique la participación	Evidencias del Plan Institucional de Capacitación vigencia 2024. PA-GTH-DC-PL-02 PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN / Socialización ISO 9001:2015 Numeral 7,5
6.4	**A**	El laboratorio participa en estudios de vigilancia epidemiológica planteados por el nivel territorial o nacional de acuerdo a prioridades en salud pública	Verificación de la participación del laboratorio en los estudios, formulación de protocolos, vigilancia centinelas que el laboratorio de referencia, el área de vigilancia o nivel territorial realiza.	*Indagar si el laboratorio participa en estudios de vigilancia centinela durante el último año. Si la respuesta es afirmativa pregunte sobre el nivel de participación: Envía muestras, realiza pruebas, confirmación. *solicitar protocolo de vigilancia centinela en el cual participa. *Verificación resultados e informe final o parcial según corresponda	PM-SIG-GAM-PL-01 PLAN DE CONTINGENCIA LABORATORIO Y PTAP. Matriz de Riesgo de Afectación del Agua para el Consumo Humano / Utilizar La Tabla de la Matriz de Riesgo Operacional para su desarrollo.

6.5	**B**	El laboratorio cuenta con los reportes de control acorde a los estipulado en el artículo 23 de la Resolución 2115 de 2007 (solo aplica para laboratorios propios del prestador o autorizados para el control por el Ministerio de Salud y Protección Social).	Verificar que el laboratorio cuente con los requerimientos mínimos establecidos en la Resolución 2115 de 2007 para los reportes de control.	Verificar que el laboratorio cuente con los requerimientos mínimos establecidos en la Resolución 2115 de 2007 para los reportes de control.	TODOS LOS 41 FORMATOS DILIGENCIADOS HASTA LA FECHA.
6.6	**A**	El laboratorio participa en las capacitaciones y/o talleres en temas de interés en salud pública que programa de la Secretaría de Salud - Laboratorio de Salud Pública según aplique.	Verificar la programación anual para los laboratorios de la Red y su correspondiente participación a través de listados de asistencia o certificaciones.	Verificar la programación anual para los laboratorios de la Red y su correspondiente participación a través de listados de asistencia o certificaciones.	Certificados de Asistencia -Red Vital Paipa
6.7	**A**	El laboratorio participa de la asistencia técnica y asesoría directa brindada por la Secretaría de Salud -Laboratorio de Salud Pública.	Para los laboratorios es importante participar de las asesorías o asistencias técnicas que brinda la Secretaría de Salud - Laboratorio de Salud Pública acorde a la programación establecida.	Para los laboratorios es importante participar de las asesorías o asistencias técnicas que brinda la Secretaría de Salud - Laboratorio de Salud Pública acorde a la programación establecida.	Certificados de Asistencia -Red Vital Paipa

6.8	**A**	El laboratorio realiza reactivo-vigilancia de acuerdo a la normatividad vigente y reporta sus hallazgos.	Los laboratorios deben enviar información sobre los efectos indeseados no descritos o desconocidos relacionados con el uso de reactivos de diagnóstico in vitro. Deben contar mínimo con: un responsable, la inscripción, manual y reportes según periodicidad definida.	*Revisar soportes de generación de propuestas o participación en proyectos de investigación en temas relacionados con los eventos de interés en salud pública y vigilancia y control sanitario *Indagar sobre el nombre del proyecto y el objetivo principal del mismo, con el fin de verificar si está relacionado con temas de los EISP y vigilancia y control sanitario.	N/A
6.9	**A**	El laboratorio realiza las pruebas físico químicas requeridas por la normatividad vigente (Articulo 24 y 25 de la resolución 2115 de 2007) para la vigilancia de la calidad del agua para consumo humano, así como también las definidas en el mapa de riesgos.	Verificar que el laboratorio realice los parámetros mínimos establecidos en la resolución 2115 de 2007 para la vigilancia de la calidad fisicoquímica en aguas para consumo humano según población atendida.	Verificar que se realizan las pruebas físico químicas para agua para consumo humano acorde al artículo 24 y 25 de la resolución 2115 de 2007 solicitar mapa de riesgo	PM-LAB-FO-29 INFORME DE RESULTADOS TOMA DE MUESTRAS DE AGUA. POES
6.10	**A**	El laboratorio realiza las pruebas microbiológicas requeridas por la normatividad vigente (Articulo 24 y 25 de la resolución 2115 de 2007) para la vigilancia de la calidad del agua para consumo humano, así como también las definidas en mapa de riesgo.	Verificar que el laboratorio realice los parámetros mínimos establecidos en la resolución 2115 de 2007 para la vigilancia de la calidad microbiológica en aguas para consumo humano según población atendida.	Verificar que se realizan las pruebas físico químicas para agua para consumo humano acorde al artículo 26 y 27 de la resolución 2115 de 2007 solicitar mapa de riesgo	CONTRATO DE ANALZAR PROVEEDOR DE TOMA DE MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS / REPORTES DE MICROBIOLOGÍAS AL DÍA

6.11	**A**	El laboratorio reporta oportunamente al Sistema Único de Información SUI los datos del control de la calidad del agua para consumo humano (solo aplica para laboratorios propios del prestador o autorizados para el control por el Ministerio de Salud y Protección Social).	Verificar que el laboratorio realice oportunamente el reporte de análisis realizados acorde a lo establecidos en la resolución 2115 de 2007 al sistema único de información de los servicios públicos SUI	Verificar que el laboratorio realice oportunamente el reporte de análisis realizados acorde a lo establecidos en la resolución 2115 de 2007 al sistema único de información de los servicios públicos SUI	SUI

CONFORMIDADES

El laboratorio está legalmente constituido o es una parte definida de una institución mayor, como se establece en el Soporte documental de Acuerdo 006 de 2012, Acuerdo 004 de 2017, Acuerdo 006 de 2022 y Resolución RVP 123 de 2023, cumpliendo con el Numeral 1.1 A de la Herramienta de Verificación de Estándares de Calidad.

El laboratorio establece e implementa un sistema de gestión de calidad (SGC), como se establece en el Soporte documental de Certificado de Calidad de la Gerencia, cumpliendo con el Numeral 1.2 A de la Herramienta de Verificación de Estándares de Calidad.

El laboratorio hace parte del organigrama de la entidad, como se establece en el Soporte documental del Organigrama y Resolución 123 de 2023. PE-GPD-OD-02 ORGANIGRAMA, cumpliendo con el Numeral 1.3 A de la Herramienta de Verificación de Estándares de Calidad.

El laboratorio tiene todos los procedimientos técnicos, administrativos o de gestión de las pruebas realizadas para la vigilancia de los eventos de interés en salud pública y vigilancia y control sanitario, como se establece en el Soporte físico y/o digital de los Procedimiento de Gestión y Operativos Estandarizados, cumpliendo con el Numeral 1.4 A de la Herramienta de Verificación de Estándares de Calidad.

El laboratorio se desarrollan las actividades necesarias para garantizar que la totalidad del recurso humano para implementar los procesos, programas, procedimientos y documentación del SGC, como se establece en las Evidencias del Plan Institucional de Capacitación vigencia 2024. PA-GTH-DC-PL-02 PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN, cumpliendo con el Numeral 1.5 A de la Herramienta de Verificación de Estándares de Calidad.

El laboratorio se garantiza la implementación del "Manual de calidad" que describe el sistema de gestión de la calidad, como se establece en el Manual de Calidad. PM-LAB-MA-01 MANUAL DE CALIDAD DEL LABORATORIO DE AGUA POTABLE, cumpliendo con el Numeral 1.6 A de la Herramienta de Verificación de Estándares de Calidad.

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, como se establece en la Política de Calidad firmado el agosto 26 de 2024 PE-SIG-SGC-PO-01 POLÍTICA DE CALIDAD, cumpliendo con el Numeral 1.7 A de la Herramienta de Verificación de Estándares de Calidad.

El laboratorio tiene definido dentro del sistema de gestión de calidad un procedimiento implementado de auditorías internas, como se establece en el PV-CI-MC-PR-01 Procedimiento Auditoría Interna Soportes de Cronograma e Informes de Auditoría Interna, cumpliendo con el Numeral 1.8 A de la Herramienta de Verificación de Estándares de Calidad."

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, como se establece en el Formato INTRODUCCIÓN TABLAS DE RETENCIÓN RG-GD-020. Resolución RVP 170 de 2021 / TRD-LABORATORIO-2021, cumpliendo con el Numeral 1.9 A de la Herramienta de Verificación de Estándares de Calidad.

El laboratorio evalúa los resultados de su gestión frente a los objetivos y las responsabilidades según su competencia por medio de Indicadores y toman acciones frente a los resultados obtenidos., como se establece en la PE-GPD-MT-04 INDICADORES DE GESTIÓN. Indicadores de Gestión, cumpliendo con el Numeral 1.10 A de la Herramienta de Verificación de Estándares de Calidad.

El laboratorio Implementa y desarrolla una política del Gestión del Riesgo a través de planes para el adecuado tratamiento de riesgos que garantizan el cumplimiento de su misión y objetivos dentro de la organización., como se establece en la PV-CI-MC-MT-01 Matriz de Riesgos de Gestión y Oportunidades. Riesgos Operacionales de Laboratorio, cumpliendo con el Numeral 1.11 A de la Herramienta de Verificación de Estándares de Calidad.

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 en sus actividades misionales., como se establece en la PE-GJ-AAJC-FO-01 RESOLUCIÓN. Resolución RVP 001 de 2025 Plan Anual de Adquisiciones 2025, cumpliendo con el Numeral 1.12 A de la Herramienta de Verificación de Estándares de Calidad.

El laboratorio mantiene un control de inventario de reactivos, insumos y materiales empleados en la realización de los ensayos., como se establece en el Formato PM-LAB-FO-12 INVENTARIO GENERAL DEL LAB, cumpliendo con el Numeral 1.13 A de la Herramienta de Verificación de Estándares de Calidad.

El laboratorio asegura la confidencialidad de los resultados obtenidos en el proceso analítico, por ser de interés exclusivo de la autoridad sanitaria competente., como se establece en el PM-LAB-FO-01 ACTA DE CONFIDENCIALIDAD, cumpliendo con el Numeral 1.17 A de la Herramienta de Verificación de Estándares de Calidad.

El laboratorio realiza aseguramiento de la calidad para todas las pruebas que realiza-trazabilidad metrológica, como se establece en el PM-LAB-FO-11 PROGRAMA DE CALIBRACIÓN DE EQUIPOS y sus certificados de calibración, cumpliendo con el Numeral 1.18 A de la Herramienta de Verificación de Estándares de Calidad.

El laboratorio realiza aseguramiento de la calidad para todas las pruebas que realiza-aseguramiento del método, como se establece en el en las Técnicas Estandarizadas estipuladas por el Proveedor HACH, cumpliendo con el Numeral 1.20 A de la Herramienta de Verificación de Estándares de Calidad.

El laboratorio realiza aseguramiento de la calidad para todas las pruebas que realiza - Control de datos, como se establece en los POES del Laboratorio, cumpliendo con el Numeral 1.21 A de la Herramienta de Verificación de Estándares de Calidad.

El laboratorio realiza aseguramiento de la calidad para todas las pruebas que realiza - Evaluación del desempeño, como se establece en los Informes PICCAP Primer y Segundo Semestre 2024, cumpliendo con el Numeral 1.22 A de la Herramienta de Verificación de Estándares de Calidad.

El laboratorio cuenta con manual de funciones que describa los 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 de acuerdo al cargo., como se establece en el Manual de Funciones y Competencias Laborales RD-GD-042, cumpliendo con el Numeral 2,1 A de la Herramienta de Verificación de Estándares de Calidad.

El laboratorio cuenta con un profesional designado para coordinar y dirigir las actividades desarrolladas por la organización, como se establece en el Contrato 016 de 2023 del 28 de junio de 2023 / Renovación Contrato 016 de 2023 del 29 de diciembre de 2023 / Juan Camilo Chaparro Ruiz, cumpliendo con el Numeral 2,2 A de la Herramienta de Verificación de Estándares de Calidad.

El personal que realiza tareas específicas en el área administrativa y de apoyo al laboratorio, está calificado sobre la base de una formación y experiencia apropiada, demostradas según el cargo lo requiera, como se establece en el Contrato 016 de 2023 del 28 de junio de 2023 / Renovación Contrato 016 de 2023 del 29 de diciembre de 2023 / Juan Camilo Chaparro Ruiz, cumpliendo con el Numeral 2,3 A de la Herramienta de Verificación de Estándares de Calidad.

El laboratorio cuenta con profesionales, técnicos o tecnólogos, con formación demostrable en cada una de las áreas de su competencia, como se establece en el Contrato 016 de 2023 del 28 de junio de 2023 / Renovación Contrato 016 de 2023 del 29 de diciembre de 2023 / Juan Camilo Chaparro Ruiz, cumpliendo con el Numeral 2,4 A de la Herramienta de Verificación de Estándares de Calidad.

Desde la dirección o coordinación del laboratorio está asignado un responsable de calidad con formación especifica 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., como se establece en el Contrato 008 de 2021 del 10 de mayo de 2021 / Otro SI Contrato de Trabajo de 03 de noviembre de 2023 / Andrew Masami Asakura Garcia, cumpliendo con el Numeral 2,5 A de la Herramienta de Verificación de Estándares de Calidad.

Desde la dirección o coordinación del laboratorio está asignado director/responsable técnico necesario para la supervisión del cumplimiento de las diversas actividades de las áreas, como se establece en la Resolución RVP 098 de 2025 / Por medio de la cual se designa el responsable Par Técnico del Laboratorio de Agua Potable de la Empresa de Servicios Públicos Domiciliarios Red Vital Paipa S.A. E.S.P., cumpliendo con el Numeral 2,6 A de la Herramienta de Verificación de Estándares de Calidad.

El laboratorio dispone de una persona con el conocimiento técnico y/o profesional, debidamente certificado en temas ambientales encargada de liderar la gestión ambiental., como se establece en el Contrato 012 de 2023 del 02 de febrero de 2023 / Renovación Contrato 012 de 2023 del 29 de diciembre de 2023 / Juan Camilo Chaparro Ruiz, cumpliendo con el Numeral 2,7 A de la Herramienta de Verificación de Estándares de Calidad.

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., como se establece en la Inducción Técnica Juan Camilo Chaparro reportado en el Registro de Asistencia PE-SIG-SGC-FO-08 y en la EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN PA-GTH-DC-FO-02, cumpliendo con el Numeral 2,8 B de la Herramienta de Verificación de Estándares de Calidad."

El personal que integra el laboratorio participa en programas de educación continuada o capacitaciones técnicas con periodicidad mínima semestral y evalúa su eficacia, como se establece en la Prueba de Capacitación del Norma ISO/IEC 17025 de 2017 realizado el 15-10-24 con Registro de Asistencia 15-10-24, cumpliendo con el Numeral 2,10 B de la Herramienta de Verificación de Estándares de Calidad.

El laboratorio realiza seguimiento al desempeño técnico con periodicidad definida al personal de laboratorio tanto profesional, técnico o de apoyo al laboratorio, independiente de su modalidad de vinculación, como se establece en la Evaluación de Desempeño Laboral Técnico realizado el 12-11-24 por parte del Profesional SIG (Auditor Interno ISO/IEC 17025 de 2017), cumpliendo con el Numeral 2,11 B de la Herramienta de Verificación de Estándares de Calidad.

El laboratorio debe estar construido de acuerdo a las normas vigentes para edificaciones en cuanto a Sismo resistencia (Ley 400 de 1997 y la NSR 2010), se evidencia el Concepto Técnico Sismo Resistencia 2024 / 28 de abril de 2025 el cual establece que no se encontraron Planos Arquitectónicos, Planos Estructurales y Memorias de Cálculo Estructural; sin embargo, se específica en el Numeral X que la edificación fue construida para un sistema estructural mampostería confinada para una demanda moderada de energía, cumpliendo con el Numeral 3.1 A de la Herramienta de Verificación de Estándares de Calidad.

El laboratorio debe están dotadas con tomas de agua y pocetas funcionales que permiten la fácil limpieza de los materiales en procedimientos de lavado y descontaminación, se evidencia que el laboratorio cuenta con una poceta para lavado de material resultante de los ensayos fisicoquímicos., cumpliendo con el Numeral 3.5 A de la Herramienta de Verificación de Estándares de Calidad.

El laboratorio cuenta con ambientes separados e independientes para el lavado de material para los ambientes de microbiología y fisicoquímico de aguas para consumo humano y otras, se evidencia que el laboratorio cuenta con ambiente para el lavado y desinfección de material, cumpliendo con el Numeral 3.6 A de la Herramienta de Verificación de Estándares de Calidad."

El laboratorio cuenta con el suministro continuo de los servicios públicos y planta eléctrica, se evidencia que el Laboratorio cuenta con Planta Eléctrica con Certificado de Mantenimiento de la Vigencia 2025, con un tanque de reserva conectado al Laboratorio, cumpliendo con el Numeral 3.11 A de la Herramienta de Verificación de Estándares de Calidad.

El laboratorio tiene documentadas las hojas de vida de equipos con datos de identificación, referencia, e historial de las operaciones de confirmación metrológica aplicables., como se establece en las Hojas de Vida de los Equipos de Laboratorio actualizados para la Vigencia 2025, cumpliendo con el Numeral 3.13 A de la Herramienta de Verificación de Estándares de Calidad.

El laboratorio cuenta con manuales de uso o tiene documentado el procedimiento de manipulación, cuidado y utilización segura, de cada uno de los equipos, señalando las precauciones que se deben tener en cuenta. Este es conocido y está disponible para el usuario, se evidencia que los manuales están dispuestos en carpetas y se ubican en la zona administrativa, cumpliendo con el Numeral 3.14 A de la Herramienta de Verificación de Estándares de Calidad.

El laboratorio tiene implementado un plan de mantenimiento a sus instalaciones físicas de forma periódica, como se establece en el Plan de Mantenimiento de Laboratorio PE-GPD-PL-05 V 02 del 15/10/2024, cumpliendo con el Numeral 3.16 A de la Herramienta de Verificación de Estándares de Calidad.

El laboratorio tiene implementados sistemas de comunicación, informática y conectividad garantizando la comunicación al interior y al exterior del mismo, con todos sus usuarios de acuerdo a la ubicación geográfica y al grado de complejidad, se evidencia que el laboratorio cuenta con es un plan de acceso a Internet simétrico fibra óptica de alta velocidad del Proveedor AMTEC, cumpliendo con el Numeral 3.17 A de la Herramienta de Verificación de Estándares de Calidad.

El laboratorio documenta e implementa a través de manuales, los procesos y procedimientos la recepción, manipulación, remisión, transporte y conservación de muestras "ítems de ensayo" y tiempos de entrega de resultados, en condiciones de calidad, seguridad, oportunidad y eficiencia, como se establece en el Procedimiento MANIPULACIÓN, TRANSPORTE, CONSERVACIÓN Y ENTREGA DE RESULTADOS PM-LAB-PR-05 V 04 del 14/03/2023, cumpliendo con el Numeral 4.1 A de la Herramienta de Verificación de Estándares de Calidad.

El laboratorio tiene documentado e implementado el proceso de referencia y contrarreferencia de acuerdo con la capacidad técnica para la prestación del servicio, que incluya: ensayos o pruebas que remite a otros laboratorios, reporte de los ensayos remitidos, revisión de la solicitud del servicio y condiciones para la remisión de muestras,

como se establece en el Procedimiento PM-LAB-PR-06 REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA6 V 04 del 14/03/2023, cumpliendo con el Numeral 4.2 A de la Herramienta de Verificación de Estándares de Calidad."

Desde la coordinación o dirección del laboratorio se asegura que todos los procedimientos o lineamientos incluidos en referencia y contrarreferencia son del conocimiento del personal involucrado en la actividad, se evidencia que el Analista de Laboratorio realiza la toma, conservación y transporte de las muestras al Laboratorio de Referencia., cumpliendo con el Numeral 4.3 A de la Herramienta de Verificación de Estándares de Calidad."

El manual de bioseguridad tiene un enfoque basado en la identificación, análisis y gestión del riesgo acorde a los agentes biológicos y sustancias químicas que se manejan en el laboratorio, como se establece enPM-SIG-GAM-MA-01 MANUAL DE BIOSEGURIDAD DE LABORATORIO V3 del 14/03/2023, cumpliendo con el Numeral 5.2 A de la Herramienta de Verificación de Estándares de Calidad.

El personal del laboratorio usa los elementos de protección personal acorde a los agentes químicos o biológicos identificados, así como un manejo adecuado para la atención de derrames y evidencia de condiciones de orden, aseo, limpieza y desinfección, se evidencia que El laboratorio cuenta con kit antiderrames disponible en el área de análisis, debidamente rotulado y con su manual de uso. El laboratorio se encuentra en buenas condiciones de limpieza y desinfección., cumpliendo con el Numeral 5.3 A de la Herramienta de Verificación de Estándares de Calidad.

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, se evidencia que El laboratorio cuenta con la implementación de código de colores según lo establecido en la resolución 2184 de 2019 para los diferentes residuos generados en el laboratorio, cumpliendo con el Numeral 5.7 A de la Herramienta de Verificación de Estándares de Calidad.

El laboratorio realiza todos los procesos de tratamiento y disposición final de residuos infecciosos, químicos, y radiactivos con gestores externos autorizados por la autoridad ambiental competente., se evidencia que El laboratorio cuenta con el Contrato de Prestación de Servicios No. 65027 del 23 de mayo de 2025, con duración de 12 meses hasta el 22 de mayo de 2026, cumpliendo con el Numeral 5.8 A de la Herramienta de Verificación de Estándares de Calidad.

El laboratorio cuenta con la caracterización de aguas residuales mediante laboratorio acreditado por el IDEAM y toma acciones frente a sus resultados, así mismo cuenta con permisos para emisiones atmosféricas (según aplique), se evidencia que el Laboratorio cuenta con la Caracterización de Aguas Residuales, cumpliendo con el Numeral 5.14 A de la Herramienta de Verificación de Estándares de Calidad.

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

OBSERVACIONES

La Entidad cuenta con el Manual de Contratación PA-GC-MA-01el cual establece el proceso de adquisición de elementos, insumos, materiales, servicios y equipos para la Entidad; sin embargo, se evidencia que no se ha diligenciado el Informe de Gestión de Evaluación Técnica, como lo solicita en el Numeral 1.14 A de la Herramienta de Verificación de Estándares de Calidad.

La Entidad cuenta con el Procedimiento de Acciones Correctivas y Preventivas PV-CI-PR-02el cual establece el mecanismo de análisis, solución y seguimiento para manejar e investigar las causas de no conformidades reales o potenciales; sin embargo, se evidencia que no se ha diligenciado el Informe de Gestión de Salidas no Conformes y el Informe de Gestión de Acciones Correctivas, como lo solicita en el Numeral 1.15 B de la Herramienta de Verificación de Estándares de Calidad.

La Entidad cuenta con el Plan de Contingencia Laboratorio y PTAP PM-SIG-GAM-PL-01el cual establece las alternativas de seguridad que garanticen la prevención, control y atención de eventos negativos generados por sustancias peligrosas en la planta de tratamiento de agua potable; sin embargo, se evidencia que no se ha actualizado el suscrito Plan de Contingencia, como lo solicita en el Numeral 1.16 A de la Herramienta de Verificación de Estándares de Calidad.

La Entidad cuenta con el formato PM-LAB-FO-25 VERIFICACIÓN TURBIDÍMETRO. El cual establece el reporte de la calibración y verificación del turbidímetro según los estándares establecidos; sin embargo, se evidencia que no se ha diligenciado el completamente el suscrito formato, como lo solicita en el Numeral 1.19 A de la Herramienta de Verificación de Estándares de Calidad.

La Entidad cuenta con el Procedimiento PM-LAB-FO-29 INFORME DE RESULTADOS TOMA DE MUESTRAS DE AGUA el cual establece el reporte de los resultados de toma de muestras de agua; sin embargo, se evidencia que no se ha diligenciado completamente los suscritos informes, como lo solicita en el Numeral 1.23 A de la Herramienta de Verificación de Estándares de Calidad.

La Entidad cuenta con el Plan de Mantenimiento de Laboratorio PE-GPD-PL-05el cual establece las intervenciones preventivas y correctivas para el Laboratorio, como lo solicita en el Numeral 3.2 A de la Herramienta de Verificación de Estándares de Calidad; sin embargo, se evidencia que no se ha diligenciado completamente los suscritos informes de Gestión de Adecuaciones de la recepción de muestras, para

La Entidad cuenta con el Plan de Mantenimiento de Laboratorio PE-GPD-PL-05el cual establece las intervenciones preventivas y correctivas para el Laboratorio, como lo solicita en el Numeral 3.3 A de la Herramienta de Verificación de Estándares de Calidad; sin embargo, se evidencia que no se ha diligenciado completamente los suscritos informes de Gestión de Adecuaciones de la Balanza.

La Entidad cuenta con el Procedimiento PM-LAB-PR-07 INSTALACIONES Y CONDICIONES AMBIENTALES el cual establece el Formato PM-GAM-FO-02 REPORTE DE CONDICIONES AMBIENTALES para el para el monitoreo y control de las condiciones ambientales en el laboratorio de agua potable de la Empresa de Servicios Públicos Domiciliarios Red Vital Paipa S.A. E.S.P., asegurando la calidad de los análisis realizados; sin embargo, se evidencia que no se ha diligenciado completamente el suscrito formato y el Informe de Gestión de Impacto de Condiciones Ambientales, como lo solicita en el Numeral 3.4 A de la Herramienta de Verificación de Estándares de Calidad.

La Entidad cuenta con el Plan de Mantenimiento de Laboratorio PE-GPD-PL-05el cual establece las intervenciones preventivas y correctivas para el Laboratorio; sin embargo, se evidencia que no se ha diligenciado completamente el suscrito formato y el Informe de Gestión de los Mosquiteros en las ventanas., como lo solicita en el Numeral 3.7 B de la Herramienta de Verificación de Estándares de Calidad.

La Entidad cuenta con una nevera para el almacenamiento de muestras dispuestas dentro de un área denominada análisis fisicoquímicos; sin embargo, se evidencia que no se ha gestionado la actualización de la hoja de vida y el diligenciamiento completo del formato suscrito para el reporte de temperatura, como lo solicita en el Numeral 3.8 B de la Herramienta de Verificación de Estándares de Calidad.

La Entidad cuenta con el Procedimiento PM-LAB-PR-06 REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA el cual establece Asegurar que las muestras de agua sean recopiladas, analizadas y compartidas de manera adecuada y eficiente entre diferentes laboratorios o departamentos; sin embargo, se evidencia que no se ha actualizado la frecuencia de muestras en el PM-LAB-PR-04 y reforzar Actividad 6 Anexo Referencia y Contrarreferencia, como lo solicita en el Numeral 3.12 A de la Herramienta de Verificación de Estándares de Calidad.

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

La Entidad cuenta con el Plan PM-LAB-PL-01 PLAN DE METROLÓGICO DEL LABORATORIO DE AGUA POTABLE el cual establece los procesos y la metodología a seguir para el aseguramiento metrológico de todos los equipos, instrumentos y demás accesorios de los equipos de medición, patrones y materiales de referencia involucrados en la realización de ensayos y calibraciones, para garantizar la calidad de los resultados y la trazabilidad de las mediciones. ; sin embargo, se evidencia que no se ha actualizado el Plan con los nuevos equipos de Laboratorio, la definición y periodicidad de calibraciones, verificaciones y mantenimientos, así mismo el seguimiento de los mismos, como lo solicita en el Numeral 3.15 A de la Herramienta de Verificación de Estándares de Calidad.

La Entidad cuenta con el Formato PM-LAB-FO-28 CADENA DE CUSTODIA DE TOMA Y RECEPCIÓN DE MUESTRAS DE AGUA el cual se evidencia que su diligenciamiento la integridad, trazabilidad y validez de las muestras desde el momento de su recolección hasta su análisis en el laboratorio; sin embargo, se evidencia que no se ha de forma documentada la cadena de Custodia en el Manual de Calidad, y anexando el Formato Establecido por la Subcontratación Externa, como lo solicita en el Numeral 4.4 A de la Herramienta de Verificación de Estándares de Calidad.

La Entidad cuenta con PM-LAB-FO-36 REGISTRO DE ENVÍO Y TRANSPORTE DE MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS el cual se evidencia el registro de las muestras microbiológicas recolectadas y sean transportadas adecuadamente y dentro de las condiciones establecidas, asegurando su integridad, validez analítica y trazabilidad hasta que lleguen al laboratorio encargado del análisis microbiológico; sin embargo, se evidencia que no se ha diligenciado completamente la Matriz PM-LAB-MT-04 MATRIZ DE CADENA DE CUSTODIA ANÁLISIS MICROBIOLÓGICOS como mecanismo de referencia y trazabilidad de envío y recepción de muestra, como lo solicita en el Numeral 4.5 A de la Herramienta de Verificación de Estándares de Calidad.

La Entidad cuenta con PM-SIG-GAM-MA-01 MANUAL DE BIOSEGURIDAD DE LABORATORIO el cual establece las medidas de prevención de accidentes o incidentes por exposición a riesgo químico o biológico en cada una de las actividades realizadas en el laboratorio de análisis físico químico de la PTAP; sin embargo, se evidencia que no se ha actualizado el suscrito Manual suprimiendo el contenido referente a la realización de Análisis Microbiológicos que no están contemplados en el Alcance del Laboratorio, como lo solicita en el Numeral 5.1 A de la Herramienta de Verificación de Estándares de Calidad.

La Entidad cuenta con PM-SIG-GAM-PL-02 PLAN DE GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS SÓLIDOS Y RESIDUOS PELIGROSOS PGIRS – RESPEL – PTAP el cual establece las directrices para la disposición adecuada de residuos sólidos generados en el laboratorio de la Planta de Tratamiento de Agua Potable; sin embargo, se evidencia que no se ha actualizado el suscrito Plan suprimiendo el contenido referente a la no utilización de cianuro , como lo solicita en el Numeral 5.5 A de la Herramienta de Verificación de Estándares de Calidad.

El laboratorio cuenta con cuarto de almacenamiento de residuos peligrosos en el cual se encuentran dos contenedores biosanitarios tipo pedal; sin embargo, se evidencia que no se ha encuentran rotulados, ni señalización de peligrosidad de los residuos generados., como lo solicita en el Numeral 5.6 A de la Herramienta de Verificación de Estándares de Calidad.

El laboratorio cuenta con El laboratorio tiene un cuarto central de acopio para el almacenamiento de residuos que cumple con la dotación mínima exigida por la normatividad vigente; sin embargo, se evidencia que no se ha encuentran rotulados, ni señalización de peligrosidad de los residuos generados., como lo solicita en el Numeral 5.11 A de la Herramienta de Verificación de Estándares de Calidad.

El laboratorio cuenta con PM-LAB-FO-14 FORMULARIO RH1el cual establece la cantidad de residuos generados en el laboratorio; sin embargo, se evidencia que no se ha diligenciado completamente el suscrito formato y el Informe de Gestión de los Mosquiteros en las ventanas., como lo solicita en el Numeral 5.13 B de la Herramienta de Verificación de Estándares de Calidad.

La Entidad cuenta con PM-SIG-GAM-PL-01 PLAN DE CONTINGENCIA LABORATORIO Y PTAP el cual establece las alternativas de seguridad que garanticen la prevención, control y atención de eventos negativos generados por sustancias peligrosas en la PTAP; sin embargo, se evidencia que no se ha actualizado el suscrito Plan en el Procedimiento de Emergencias en Salud Pública, como lo solicita en el Numeral 5.15 C de la Herramienta de Verificación de Estándares de Calidad.

El laboratorio cuenta con lavaojos y la ducha de emergencia de fácil acceso, mantenimiento y funcionamiento; sin embargo, diligenciado completamente el suscrito formato PM-LAB-FO-41 CONTROL USO DUCHA-LAVAOJOS, como lo solicita en el Numeral 5.16 A de la Herramienta de Verificación de Estándares de Calidad.

NO CONFORMIDADES

El laboratorio no cuenta con la Vinculación Directa o Contratación de Prestación de Servicios del Personal de Vigilancia, incumpliendo con el Numeral 2.9 B de la Herramienta de Verificación de Estándares de Calidad.

El laboratorio no cuenta con la clasificación de colores aplicable a reactivos, No se controlan las condiciones de almacenamiento de los reactivos y se organizan según el SGA., incumpliendo con el Numeral 3.9 B de la Herramienta de Verificación de Estándares de Calidad.

El laboratorio no se encuentra organizado debidamente según el FUID de Laboratorio para su acceso y consulta, incumpliendo con el Numeral 3.10 B de la Herramienta de Verificación de Estándares de Calidad.

El laboratorio no cuenta con el Plan de Mantenimiento de Hardware y Software, incumpliendo con el Numeral 3.18 C de la Herramienta de Verificación de Estándares de Calidad.

El laboratorio no cuenta con información de respaldo en la NAS File Browser de la Vigencia 2024, incumpliendo con el Numeral 3.19 C de la Herramienta de Verificación de Estándares de Calidad.

El laboratorio no cuenta con rutas sanitarias para la recolección de residuos incluidos en el PM-SIG-GAM-PL-02 PLAN DE GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUIOS SÓLIDOS Y RESIDUOS PELIGROSOS PGIRS-RESPEL - LABORATORIO - PTAP, incumpliendo con el Numeral 5.10 A de la Herramienta de Verificación de Estándares de Calidad.

El laboratorio no cuenta con la rotulación de los residuos generados con tipo de residuo, lugar de origen, fecha de recolección, responsable del procedimiento y que estén documentados en el mismo, incumpliendo con el Numeral 5.12 A de la Herramienta de Verificación de Estándares de Calidad.



ANDREW MASAMI ASAKURA GARCIA

Profesional del Sistema Integrado de Gestión
C.C. 1.053.605.825
Auditor Interno HSEQ
(ISO 9001:2051, ISO 14001:2015, ISO 45001:2015)
Enfoque en RSE
Auditor Interno ISO/IEC 17025:2017

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	Segundo Semestre 2024 - Primer Semestre 2025
FECHA DE LA AUDITORÍA	24, 25 y 26 DE JUNIO DE 2025
FECHA DE INFORME	01 DE AGOSTO DE 2025
NIVEL DE PROCESO	Dependencias
APOYO (Subgerencia General Administrativa)	Gestión Administrativa y Financiera
PROCESO / ÁREA AUDITADO	Tesorería
PERSONAL AUDITADO	Tesorero General
OBJETIVOS	
ALCANCE	Criterios seleccionados de a la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015. Solicitud de la información documentada pertinentes a los criterios seleccionados, los requisitos reglamentarios, contractuales y legales aplicables.
CRITERIOS DE AUDITORÍA	Lista Maestra de Documentación
EQUIPO AUDITOR	Andrew Masami Asakura Garcia

CONTEXTO

Teniendo en cuenta la Circular 026 de 2025 del 10 de junio 2024, emitido por la Oficina de Control Interno, se realiza la Auditoría Interna ISO 9001:2015 y demás normas aplicables al sector de servicios públicos domiciliarios, se ejecuta la Auditoría Interna de Segunda Parte por parte de la Dependencia de Sistema Integrado de Gestión, para dar cumplimiento al Plan Anual de Auditorías Internas como se establece en la Resolución RVP 075 de 2025. La Auditoría Interna esta soportada en base a 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 9, 14, 16 y 19.

9. **Realizar los análisis del cumplimiento de las políticas a cargo de la entidad y proponer mejoras para su adecuada implementación y mejora en la gestión y el desempeño de las entidades públicas.**
14. **Realización de la auditoría interna del sistema integrado de gestión QHSE.**
16. **Revisar y auditar los requisitos para establecer brechas e implementar y surtir en el proceso de certificación 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.**

LISTA DE CHEQUEO ISO 9001:2015					
Numeral	**Requisito**	**Cumplimiento**			**Observaciones**
		C	**OBS**	**NC**	
4.1	**CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN** **COMPRENSIÓN DE LA ORGANIZACIÓN Y DE SU CONTEXTO** • La organización determina las cuestiones externas e internas que son pertinentes para el propósito y dirección estratégica. • Se realiza el seguimiento y la revisión de la información sobre estas cuestiones externas e internas. • Se ha determinado las partes interesadas y los requisitos de estas partes interesadas para el sistema de gestión de Calidad. Se realiza el seguimiento y la revisión de la información sobre estas partes interesadas y sus requisitos.	X			La Entidad cuenta con la Matriz DOFA ESTRATÉGICA INSTITUCIONAL PE-GPD-MT-02 V4 que establece las cuestiones externas e internas específicamente.
4.2	**COMPRENSIÓN DE LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LAS PARTES INTERESADAS** • Se ha determinado las partes interesadas y los requisitos de estas partes interesadas para el sistema de gestión de Calidad. Se realiza el seguimiento y la revisión de la información sobre estas partes interesadas y sus requisitos.	X			La Entidad cuenta con la MATRIZ DE GRUPOS DE INTERÉS (STAKEHOLDERS) PE-GPD-MT-03 V4 que establece las partes interesadas internas y externas con sus respectivos lineamientos de necesidades y requisitos legales.
4.3	**DETERMINACIÓN DEL ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD** • El alcance del SGC, se ha determinado según: •	X			La Entidad cuenta con el ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD PE-SIG-SGC-FO-04 V4.

	Procesos operativos, productos y servicios, instalaciones físicas, ubicación geográfica • ¿El alcance del SGC se ha determinado teniendo en cuenta los problemas externos e internos, las partes interesadas y sus productos y servicios? • Se tiene disponible y documentado el alcance del Sistema de Gestión. Se tiene justificado y/o documentado los requisitos (exclusiones) que no son aplicables para el Sistema de Gestión?				
4.4.1	**SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y SUS PROCESOS** • Se tienen identificados los procesos necesarios para el sistema de gestión de la organización Se tienen establecidos los criterios para la gestión de los procesos teniendo en cuenta las responsabilidades, procedimientos, medidas de control e indicadores de desempeño necesarios que permitan la efectiva operación y control de los mismos.	X			La Entidad cuenta con la CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS PE-GPD-CA-01 V3, en el cual establece los procesos necesarios que impactan el SGC, se tiene el Proceso de Gestión Administrativa y Financiera, el cual está vinculado al área de Tesorería, donde se tiene definido los proveedores, entradas y salidas en el Ciclo PHVA.
4.4.2	Se mantiene y conserva información documentada que permita apoyar la operación de estos procesos.	X			La Entidad cuenta con la CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS PE-GPD-CA-01 V3, que se encuentra enlazado por el MAPA DE PROCESOS PE-SIG-SGC-FO-04 V11.
5.1.1	**LIDERAZGO / LIDERAZGO Y COMPROMISO** **Generalidades** Se demuestra responsabilidad por parte de la alta dirección para la eficacia del SGC.	X			La Alta Dirección de la Entidad establece compromiso con el SGC, como lo establece en el Plan PE-GPD-PL-01 PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL V13, describe el cumplimiento a las premisas establecidas en el Sistema de Calidad de la Entidad, Gestión eficaz del Riesgo, la prevención de los riesgos asociados a la Seguridad y Salud en el Trabajo, para prevenir accidentes laborales y enfermedades laborales, promoviendo el mejoramiento continuo de los procesos para contar con los más altos estándares de calidad garantizando la satisfacción del cliente..
5.1.2	**ENFOQUE AL CLIENTE**	X			La Entidad establece la Matriz PV-CI-MC-MT-01 MATRIZ GESTIÓN DE RIESGO Y OPORTUNIDADES V4, donde se determinan los riesgos y oportunidades que

	La gerencia garantiza que los requisitos de los clientes de determinan y se cumplen. Se determinan y consideran los riesgos y oportunidades que puedan afectar a la conformidad de los productos y servicios y a la capacidad de aumentar la satisfacción del cliente				puedan afectar a la conformidad de los productos y servicios de los procesos con sus acciones de mitigación, evaluación de controles y evidencia de cumplimiento y las oportunidades integrales.
5.2.1	**POLÍTICA Establecimiento de la política de la calidad** La política de calidad con la que cuenta actualmente la organización está acorde con los propósitos establecidos.	X			La Entidad cuenta con la POLÍTICA SGC PE-SIG-SGC-PO-01 V3, que busca satisfacer las necesidades y expectativas de sus grupos de interés, en los procesos de ACUEDUCTO. ALCANTARILLADO Y ASEO, alineado con el cumplimiento normativo de la competencia técnica de nuestro LABORATORIO DE AGUA POTABLE, asegurando la precisión, imparcialidad y confiabilidad de nuestros resultados en los procesos de tratamiento, garantizando la calidad y seguridad en el consumo de agua potable a nuestros usuarios, generando un servicio público integral de calidad, a través de la gestión eficaz de los riesgos y oportunidades, dando cumplimiento a los requisitos legales y a la Planeación Estratégica; contando con un talento humano competente y comprometido, para así mantener la eficacia y la mejora continua del Sistema de Gestión.
5.2.2	**Comunicación de la política de la calidad** Se tiene disponible a las partes interesadas, se ha comunicado dentro de la organización.	X			La Entidad cuenta con una página web institucional, en el cual se tiene publicado la Política SGC en la página web https://redvitalpaipasaesp.com/informacion-de-entidad/politica-de-calidad-del-sistema-de-la-gestion-de-la-calidad-iso-90012015-red-vital-paipa-s-a-e-s-p/, también se tiene documentado en el Plan PE-GPD-PL-01 PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL V13.
5.3	**ROLES, RESPONSABILIDADES Y AUTORIDADES EN LA ORGANIZACIÓN** Se han establecido y comunicado las responsabilidades y autoridades para los roles pertinentes en toda la organización.	X			La Entidad cuenta con una estructura organizacional definida para el SGC, como se establece en la Matriz PE-SIG-SGC-MT-03 MATRIZ DE ROLES, RESPONSABILIDADES Y AUTORIDADES V3, cada proceso de la Entidad contiene el responsable con la autoridad para sustentar la información requerida por la Alta Dirección.
6.1.1	**PLANIFICACIÓN / ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES** Se han establecido los riesgos y oportunidades que deben ser abordados para asegurar que el SGC logre los resultados esperados.	X			La Entidad establece la Matriz PV-CI-MC-MT-01 MATRIZ GESTIÓN DE RIESGO Y OPORTUNIDADES V4, donde se determinan los riesgos y oportunidades que puedan afectar a la conformidad de los productos y servicios de los procesos con sus acciones de mitigación, evaluación de controles y evidencia de cumplimiento y las oportunidades integrales.

6.1.2	La organización ha previsto las acciones necesarias para abordar estos riesgos y oportunidades y los ha integrado en los procesos del sistema.	X			La Entidad establece la Matriz PV-CI-MC-MT-01 MATRIZ GESTIÓN DE RIESGO Y OPORTUNIDADES V4, donde se determinan los riesgos y oportunidades que puedan afectar a la conformidad de los productos y servicios de los procesos con sus acciones de mitigación, evaluación de controles y evidencia de cumplimiento y las oportunidades integrales.
6.2.1	**OBJETIVOS DE LA CALIDAD Y PLANIFICACIÓN PARA LOGRARLOS** ¿Qué acciones se han planificado para el logro de los objetivos del SIG-HSEQ, programas de gestión?	X			La Entidad cuenta con los OBJETIVOS DE CALIDAD PE-SIG-SGC-OD-01 V3, que se encuentran contemplados en la Matriz PE-GPD-MT-04 MATRIZ DE INDICADORES Y DESPLIEGUES PE-GPD-MT-04 V4 que se encuentra en Actualización, el cual establece los recursos, los responsables y sus respectivos métodos de medición y desempeño.
6.2.2	Se mantiene información documentada sobre estos objetivos	X			La Entidad cuenta con los OBJETIVOS DE CALIDAD PE-SIG-SGC-OD-01 V3, que se encuentran contemplados en la Matriz de Indicadores y Despliegues PE-GPD-MT-04 V4, el cual establece los recursos, los responsables y sus respectivos métodos de medición y desempeño.
6.3	**PLANIFICACIÓN DE LOS CAMBIOS** Existe un proceso definido para determinar la necesidad de cambios en el SGC y la gestión de su implementación	X			Se cuenta con el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-04 GESTIÓN DEL CAMBIO V4, el cual establece los lineamientos para planificar los cambios del SIG. La Entidad cuenta con la Matriz PE-SIG-SGC-MT-04 MATRIZ DEL GESTIÓN DE CAMBIO V4.
7.1.1	**APOYO / RECURSOS Generalidades** La organización ha determinado y proporcionado los recursos necesarios para el establecimiento, implementación, mantenimiento y mejora continua del SGC (incluidos los requisitos de las personas, medioambientales y de infraestructura).	X			La Entidad está contenida con una planta de persona 100 funcionarios; 21 administrativos, 17 funcionarios de Acueducto, 14 funcionarios de Alcantarillado, y 43 funcionarios de Aseo.
7.1.2	**Personas** La organización debe determinar y proporcionar las personas necesarias para la implementación eficaz de su sistema de gestión de la calidad y para la operación y control de sus procesos.	X			El área de Tesorería está liderada por el Subgerente General Administrativo y el Tesorero General, como se establecen en el Manual de Funciones y Competencias Laborales RD-GD-042.
7.1.3	**Infraestructura** La organización debe determinar, proporcionar y mantener la infraestructura necesaria para la operación			X	El área de Tesorería no cuenta con la estantería adecuada para el Archivo de Gestión y no cuenta con inmobiliaria adecuada para la custodia de las tokens (caja fuerte).

	de sus procesos y lograr la conformidad de los productos y servicios.				
7.1.4	**Ambiente para la operación de los procesos** La organización debe determinar, proporcionar y mantener el ambiente necesario para la operación de sus procesos y para lograr la conformidad de los productos y servicios. NOTA Un ambiente adecuado puede ser una combinación de factores humanos y físicos, tales como: a) Sociales (por ejemplo, no discriminatorio, ambiente tranquilo, libre de conflictos). b) Psicológicos (por ejemplo, reducción del estrés, prevención del síndrome de agotamiento, cuidado de las emociones); c) Físicos (por ejemplo, temperatura, calor, humedad, iluminación, circulación del aire, higiene, ruido). Estos factores pueden diferir sustancialmente dependiendo de los productos y servicios suministrados.	X			La Entidad cuenta con el Plan PA-GTH-DC-PL-03 PLAN DE BIENESTAR SOCIAL E INCENTIVOS V7, que establece un cronograma de actividades de esparcimiento direccionados bajo el liderazgo de la Subgerencia General Administrativa que garantizan los ambientes sociales y psicosociales conforme de los productos y servicios. La Entidad cuenta con el COCOLAB nombrado recientemente bajo la Resolución RVP 074 de 2025 que garantizan los ambientes sociales y psicosociales conforme de los productos y servicios. El área de Tesorería cuenta con inmobiliario adecuado para el Tesorero General, para el desarrollo de las actividades de tesorería.
7.1.6	**Conocimientos de la organización** Ha determinado la organización los conocimientos necesarios para el funcionamiento de sus procesos y el logro de la conformidad de los productos y servicios y, ha implementado un proceso de experiencias adquiridas.	X			La Entidad cuenta con el Plan PA-GTH-DC-PL-02 PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN V10 y el Plan PA-GTH-DC-PL-05 PLAN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN V3 para definir de manera planificada las estrategias en materia de gestión del conocimiento en la Entidad, es necesario la implementación del Procedimiento de Gestión de Conocimiento para determinar la estrategia de conocimiento, el objeto, la fecha de implementación, la estrategia detallada para el proceso, lecciones aprendidas, participantes, responsables, los recursos necesarios, mecanismos de verificación, evidencias de la verificación y fecha de cierre de divulgación.
7.2	**COMPETENCIA** La organización se ha asegurado de que las personas	X			El Área de Tesorería cuenta con la Tesorera con el Acto de Posesión No. 004-2024 del 15 de enero de 2024 con sus respectivos soportes documentales y competencias de acuerdo al Manual de Funciones de Competencias Laborales RD-

	que puedan afectar al rendimiento del SGC son competentes en cuestión de una adecuada educación, formación y experiencia, ha adoptado las medidas necesarias para asegurar que puedan adquirir la competencia necesaria				GD-042
7.3	**TOMA DE CONCIENCIA** La organización debe asegurarse de que las personas que realizan el trabajo bajo el control de la organización tomen conciencia de: a) la política de la calidad; b) los objetivos de la calidad pertinentes; c) su contribución a la eficacia del sistema de gestión de la calidad, incluidos los beneficios de una mejora del desempeño; d) las implicaciones del incumplimiento de los requisitos del sistema de gestión de la calidad.	X			La Entidad cuenta con el personal idóneo para el direccionamiento del Área de Tesorería, se tiene el dominio de la Política de Calidad y los Objetivos de Calidad.
7.4	**COMUNICACIÓN** La organización debe determinar las comunicaciones internas y externas pertinentes al sistema de gestión de la calidad, que incluyan: a) qué comunicar; b) cuándo comunicar; c) a quién comunicar; d) cómo comunicar; e) quién comunica.	X			Durante la Auditoria a la Tesorera General, se evidencia que se mantiene el manejo de la información de forma verbal y escrita, cuenta con trazabilidad de información.
7.5.1	**INFORMACIÓN DOCUMENTADA** **Generalidades** Se ha establecido la información documentada requerida por la norma y necesaria para la implementación y funcionamiento eficaces del SGC.	X			La Entidad establece el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-01 CONTROL DE INFORMACIÓN DOCUMENTADA V4, con los lineamientos pertinentes a la creación, actualización, identificación, revisión, aprobación, control, protección, distribución, almacenamiento, conservación y disposición de la información documentada requerida por la Entidad y el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-03 MANTENIMIENTO Y CONSERVACIÓN DOCUMENTAL V4 con los contenidos

					adecuados para la conservación de los documentos de las Listas Maestras de Documentación de la Empresa de Servicios Públicos Domiciliarios Red Vital Paipa S.A. E.S.P., con el fin de protegerla de manejos u acceso inadecuado, así como las condiciones de preservación de los documentos.
7.5.2	**Creación y actualización** Existe una metodología documentada adecuada para la revisión y actualización de documentos.	X			La Entidad establece el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-01 CONTROL DE INFORMACIÓN DOCUMENTADA V4, con los lineamientos pertinentes a la creación, actualización, identificación, revisión, aprobación, control, protección, distribución, almacenamiento, conservación y disposición de la información documentada requerida por la Entidad.
7.5.3.1	**Control de la información documentada** La información documentada requerida por el sistema de gestión de la calidad y por esta Norma Internacional se debe controlar para asegurarse de que: a) esté disponible y sea idónea para su uso, donde y cuando se necesite; b) esté protegida adecuadamente (por ejemplo, contra pérdida de la confidencialidad, uso inadecuado o pérdida de integridad).		X		La Entidad cuenta con Tablas de Retención Documental establecidas en la Resolución RVP 170 de 2021 que permite la organización de la documentación direccionada de las áreas administrativas y operacionales; sin embargo, se están manejando series documentales que no encuentran establecidos, no se encuentra actualizado correctamente las TRD desde la Reestructuración realizada el 26 de octubre de 2022. Durante la Auditoría Interna, se realiza muestreo aleatorio de carpetas prestadas a la líder del proceso: Carpeta 4 / Egresos 304-307 / OK / Folios 243 / Caja No. 3 / Oportunidad de mejora para los recibos Carpeta 3 / Egresos 494-517 / OK / Folios 320 / Caja No. 3 Carpeta 4 / Egresos 615-634 / OK / Folios 250 / Caja No. 6 / No se encuentra firma de tesorera Egreso 2024000618, 2024000619 No se encuentra firma de gerente COM 2024000277 No se encuentra firmas de Subgerente Administrativo y Gerente General Egreso 2024000628 No se encuentra las firmas y sello del beneficiario / Consultar las firmas Carpeta 2 / Egresos 374-391 / OK / Folios 282 / Caja No. 4 / Firma control de caja menor Autorización de caja menos 20 de junio 150.000 no había factura No factura 20 de junio 196.400 Solicitud CDP sin fechas

					Carpeta 6 / Egresos 440-450 / OK / Folios 136 / Caja No. 4 Carpeta 7 / Egresos 452-473 / OK / Folios 200 / Caja No. 4 Egreso 2024000466 Valor 20.000.000 / COM 2024000175 38.600.000 / Se encuentra en Reservas Presupuestales / Cuentas por pagar Carpeta 6 / Egresos 553-564 / OK / Folios 243 / Caja No. 5 Carpeta 1 / Egresos 659-683 / OK / Folios 243 / Caja No. 7 Carpeta 7 / Egresos 751-763 / OK / Folios 294 / Caja No. 7 Revisar Contrato 037-2025 / Evidencias de CD Faltan firma Acta de Liquidación 007-2024 / Acta de Recibo y Terminación 007-2024
7.5.3.2	Para el control de la información documentada, la organización debe abordar las siguientes actividades, según corresponda: a) distribución, acceso, recuperación y uso; b) almacenamiento y preservación, incluida la preservación de la legibilidad; c) control de cambios (por ejemplo, control de versión); d) conservación y disposición.	X			La Entidad establece el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-01 CONTROL DE INFORMACIÓN DOCUMENTADA V4, con los lineamientos pertinentes a la creación, actualización, identificación, revisión, aprobación, control, protección, distribución, almacenamiento, conservación y disposición de la información documentada requerida por la Entidad.
8.1	**OPERACIÓN / PLANIFICACIÓN Y CONTROL OPERACIONAL** • Se planifican, implementan y controlan los procesos necesarios para cumplir los requisitos para la provisión de servicios. • La salida de esta planificación es adecuada para las operaciones de la organización.		X		Para la Planificación de los procesos de la Entidad, tenemos los siguientes procedimientos: PA-GAF-PR-06 APERTURA, CANCELACIÓN Y CAMBIO DE FIRMAS DE CUENTAS BANCARIAS PA-GAF-PR-07 INGRESOS PA-GAF-PR-08 EGRESOS PA-GAF-PR-09 CUSTODIA DE TÍTULO DE VALORES PA-GAF-PR-11 CONCILIACIONES BANCARIAS PA-GAF-PR-13 RADICACIÓN DE CUENTAS

	• Se asegura que los procesos contratados externamente estén controlados. Se revisan las consecuencias de los cambios no previstos, tomando acciones para mitigar cualquier efecto adverso.				Se deben realizar en colaboración con la Oficina de Sistema Integrado de Gestión ajustes de actividades en el PR-07, 09, 11 y 13.
8.2.1	**REQUISITOS PARA LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS Comunicación con el cliente** • La comunicación con los clientes incluye información relativa a los productos y servicios. • Se obtiene la retroalimentación de los clientes relativa a los productos y servicios, incluyendo las quejas. Se establecen los requisitos específicos para las acciones de contingencia, cuando sea pertinente.	X			La Entidad contempla los medios físicos y digitales autorizados para las comunicaciones internas y externas; se evidencia que el área de Tesorería encabezado por la líder de proceso, se mantiene el manejo de la información de forma verbal y escrita, los cuales cuentan con trazabilidad de información.
8.2.2	**Determinación de los requisitos para los productos y servicios** Se determinan los requisitos legales y reglamentarios para los productos y servicios que se ofrecen y aquellos considerados necesarios para la organización.	X			La Entidad cuenta con la Matriz PE-GJ-MT-01 MATRIZ DE REQUISITOS LEGALES V3 que documenta los requisitos legales y reglamentarios para dar cumplimiento a la prestación eficiente, segura y conforme de los servicios públicos de acueducto, alcantarillado y aseo, en el marco del Sistema Integrado de Gestión, se tiene establecido la normatividad para Gestión Documenta establecido en los Acuerdos del Archivo General de la Nación.
8.2.3.1	**Revisión de los requisitos para los productos y servicios** • La organización se asegura que tiene la capacidad de cumplir los requisitos de los productos y servicios ofrecidos. • La organización revisa los requisitos del cliente antes de comprometerse a suministrar productos y servicios a este	X			El área de Tesorería cuenta con los requisitos para suplir las necesidades de los clientes internos, como se establecen en los siguientes procedimientos: PA-GAF-PR-06 APERTURA, CANCELACIÓN Y CAMBIO DE FIRMAS DE CUENTAS BANCARIAS PA-GAF-PR-07 INGRESOS PA-GAF-PR-08 EGRESOS PA-GAF-PR-09 CUSTODIA DE TÍTULO DE VALORES PA-GAF-PR-11 CONCILIACIONES BANCARIAS PA-GAF-PR-13 RADICACIÓN DE CUENTAS

	• Se confirma los requisitos del cliente antes de la aceptación por parte de estos, cuando no se ha proporcionado información documentada al respecto. Se asegura que se resuelvan las diferencias existentes entre los requisitos del contrato o pedido y los expresados previamente.				
8.2.3.2	Se conserva la información documentada, sobre cualquier requisito nuevo para los servicios.	X			PA-GAF-PR-06 APERTURA, CANCELACIÓN Y CAMBIO DE FIRMAS DE CUENTAS BANCARIAS PA-GAF-PR-07 INGRESOS PA-GAF-PR-08 EGRESOS PA-GAF-PR-09 CUSTODIA DE TÍTULO DE VALORES PA-GAF-PR-11 CONCILIACIONES BANCARIAS PA-GAF-PR-13 RADICACIÓN DE CUENTAS
8.2.4	**Cambios en los requisitos para los productos y servicios** Las personas son conscientes de los cambios en los requisitos de los productos y servicios, se modifica la información documentada pertinente a estos cambios.	X			El área de Tesorería bajo el liderazgo de la Subgerencia General Administrativa puede realizar las respectivas solicitudes de gestión de cambio, necesidades de requerimientos y generación de nuevos procedimientos como se establece en los procedimientos: PA-GAF-PR-06 APERTURA, CANCELACIÓN Y CAMBIO DE FIRMAS DE CUENTAS BANCARIAS PA-GAF-PR-07 INGRESOS PA-GAF-PR-08 EGRESOS PA-GAF-PR-09 CUSTODIA DE TÍTULO DE VALORES PA-GAF-PR-11 CONCILIACIONES BANCARIAS PA-GAF-PR-13 RADICACIÓN DE CUENTAS
8.4.1	**CONTROL DE LOS PROCESOS, PRODUCTOS Y SERVICIOS SUMINISTRADOS EXTERNAMENTE** **Generalidades** • La organización asegura que los procesos, productos y servicios suministrados externamente son conforme a los requisitos. • Se determina los controles a aplicar a los procesos,	X			La Entidad cuenta con un Manual de Contratación adoptado por la Empresa mediante el Acuerdo 003 de 2008 y sus modificaciones mediante los Acuerdos 009 de 2014 y 003 de 2018 y la Resolución RVP 175 de 2021 y el Procedimiento PA-GC-PR-01 EVALUACIÓN DE PROVEEDORES V4 establecen la metodología para la modalidad contractual y la evaluación del seguimiento de proveedores teniendo en cuenta criterios normativos y técnicos que den a lugar respectivamente.

	productos y servicios suministrados externamente. Se determina y aplica criterios para la evaluación, selección, seguimiento del desempeño y la reevaluación de los proveedores externos. Se conserva información documentada de estas actividades				
8.4.2	**Tipo de alcance y control** • La organización se asegura que los procesos, productos y servicios suministrados externamente no afectan de manera adversa a la capacidad de la organización de entregar productos y servicios, conformes de manera coherente a sus clientes. • Se definen los controles a aplicar a un proveedor externo y las salidas resultantes. • Considera el impacto potencial de los procesos, productos y servicios suministrados externamente en la capacidad de la organización de cumplir los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables. • Se asegura que los procesos suministrados externamente permanecen dentro del control de su sistema de gestión de la calidad. Se determina la verificación o actividades necesarias para asegurar que los procesos, productos y servicios cumplen con los requisitos.	X			N/A
8.4.3	**Información para los proveedores externos** • La organización comunica a los proveedores externos sus requisitos para los procesos, productos y servicios.	X			La Entidad establece el estudio de las propuestas que contenga los requisitos para sus productos y servicios, la Contratación se realiza mediante los estipulado en el Manual de Contratación adoptado por la Empresa mediante el Acuerdo 003 de 2008 y sus modificaciones mediante los Acuerdos 009 de 2014 y 003 de 2018 y la Resolución RVP 175 de 2021. El proveedor seleccionado es contactado por la

	• Se comunica la aprobación de productos y servicios, métodos, procesos y equipos, la liberación de productos y servicios. • Se comunica la competencia, incluyendo cualquier calificación requerida de las personas. • Se comunica las interacciones del proveedor externo con la organización. Se comunica el control y seguimiento del desempeño del proveedor externo aplicado por la organización.				Entidad; por consiguiente, se selecciona el supervisor del contrato, para llevar a cabo la documentación y el control de proveedor.
8.5.1	**PRODUCCIÓN Y PROVISIÓN DEL SERVICIO Control de la producción y de la provisión del servicio** • Se implementa la producción y provisión del servicio bajo condiciones controladas. • Dispone de información documentada que defina las características de los productos a producir, servicios a prestar, o las actividades a desempeñar. • Dispone de información documentada que defina los resultados a alcanzar. • Se controla la disponibilidad y el uso de recursos de seguimiento y medición adecuados. • Se controla la implementación de actividades de seguimiento y medición en las etapas apropiadas. • Se controla el uso de la infraestructura y el entorno adecuado para la operación de los procesos.	X			El área de Tesorería cuenta como Modelo de Operación por Procesos, la Lista Maestra de Documentación de Gestión Documental que se encuentra ubicado en la Unidad de Almacenamiento SIG-REGISTROS y SIG-DOCUMENTOS.

	• Se controla la designación de personas competentes. Se controla la validación y revalidación periódica de la capacidad para alcanzar los resultados planificados. Se controla la implementación de acciones para prevenir los errores humanos. Se controla la implementación de actividades de liberación, entrega y posteriores a la entrega.				
8.5.2	**Identificación y trazabilidad** • La organización utiliza medios apropiados para identificar las salidas de los productos y servicios. • Identifica el estado de las salidas con respecto a los requisitos. Se conserva información documentada para permitir la trazabilidad.	X			El área de Tesorería cuenta con estantería en Archivo Central, el cual se establece la distribución planificada para facilitar el almacenamiento de la información con señalización y códigos en estanterías.
8.5.3	**Propiedad perteneciente a los clientes o proveedores externos** • La organización cuida la propiedad de los clientes o proveedores externos mientras está bajo el control de la organización o siendo utilizada por la misma. • Se Identifica, verifica, protege y salvaguarda la propiedad de los clientes o de los proveedores externos suministrada para su utilización o incorporación en los productos y servicios. Se informa al cliente o proveedor externo, cuando su propiedad se pierda, deteriora o de algún otro modo se considere inadecuada para el uso y se conserva la	X			La Entidad como cliente interno, salvaguarda la información del área de Tesorería, a través del Software SYSMAN. En el Procedimiento PA-GCOM-PR-04 ADMINISTRACIÓN DE DISPOSITIVOS DE REDES Y COMUNICACIONES de la Gestión de Sistemas y Comunicaciones, se tiene discriminado las actividades de la realización de las copias de información y la seguridad y restricción de la información. Con la creación de la carpeta, permite comprimir toda la información en un disco duro que queda en custodia del Servidor de Sistemas y Comunicaciones y la seguridad de la información permite la creación de una red interna exclusivo para la Entidad para masificar la protección de los datos (información de la Entidad, datos históricos, y demás contendido intangible), se evidencia que para la Vigencia 2024 se realizó el respectivo cargue a la NAS.

	información documentada sobre lo ocurrido.				
8.5.4	**Preservación** La organización preserva las salidas en la producción y prestación del servicio, en la medida necesaria para asegurar la conformidad con los requisitos.	X			Durante la Auditoría Interna, se evidencia que la información del Archivo de Gestión está bajo custodia del Tesorero General y la información del Archivo Central bajo la custodia del Auxiliar Administrativo de Archivo, teniendo en cuenta los lineamientos de la Circular 006-2024, la cual estipula en sus artículos 5 y 6 del Acuerdo 042 de 2022 las disposiciones para el manejo de la consulta y préstamo de documentos para trámites internos, así como las medidas de custodia, control y preservación.
8.5.5	**Actividades posteriores a la entrega** • Se cumplen los requisitos para las actividades posteriores a la entrega asociadas con los productos y servicios. • Al determinar el alcance de las actividades posteriores a la entrega la organización considero los requisitos legales y reglamentarios. • Se consideran las consecuencias potenciales no deseadas asociadas a sus productos y servicios. • Se considera la naturaleza, el uso y la vida útil prevista de sus productos y servicios. • Considera los requisitos del cliente. Considera la retroalimentación del cliente.	X			N/A
8.5.6	**Control de cambios** • La organización revisa y controla los cambios en la producción o la prestación del servicio para asegurar la conformidad con los requisitos. • Se conserva información documentada que describa la revisión de los cambios, las personas que autorizan o cualquier acción que surja de la revisión.	X			Se cuenta con el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-04 GESTIÓN DEL CAMBIO V4, el cual establece los lineamientos para planificar los cambios del SIG. La Entidad cuenta con la Matriz PE-SIG-SGC-MT-04 MATRIZ DEL GESTIÓN DE CAMBIO V4.

8.6	**LIBERACIÓN DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS** • La organización implementa las disposiciones planificadas para verificar que se cumplen los requisitos de los productos y servicios. • Se conserva la información documentada sobre la liberación de los productos y servicios. • Existe evidencia de la conformidad con los criterios de aceptación. Existe trazabilidad a las personas que autorizan la liberación.	X			El Área de Tesorería cuenta con los procedimientos, para garantizar las líneas de defensa de cada una de las actividades y la entrega final de los servicios que realiza el área (los egresos en el PA-GAF-PR-08 EGRESOS y los pagos respectivos PA-GAF-PR-13 RADICACIÓN DE CUENTAS).
8.7.1	**CONTROL DE LAS SALIDAS NO CONFORMES** • La organización se asegura que las salidas no conformes con sus requisitos se identifican y se controlan para prevenir su uso o entrega. • La organización toma las acciones adecuadas de acuerdo a la naturaleza de la no conformidad y su efecto sobre la conformidad de los productos y servicios. • Se verifica la conformidad con los requisitos cuando se corrigen las salidas no conformes. La organización trata las salidas no conformes de una o más maneras		X		La Entidad cuenta con el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-06 SALIDAS NO CONFORMES; sin embargo, no se tiene documentado Salidas no Conformes para la respectiva Vigencia, se recomienda Capacitación de Salidas no Conformes.
8.7.2	La organización conserva información documentada que describa la no conformidad, las acciones tomadas, las concesiones obtenidas e identifique la autoridad que decide la acción con respecto a la no conformidad.		X		La Entidad cuenta con el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-06 SALIDAS NO CONFORMES; sin embargo, no se tiene documentado Salidas no Conformes para la respectiva Vigencia, se recomienda Capacitación de Salidas no Conformes.
9.1.1	**EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO SEGUIMIENTO,**			X	La Entidad cuenta con la Matriz PE-GPD-MT-04 MATRIZ DE INDICADORES Y DE

	MEDICIÓN, ANÁLISIS Y EVALUACIÓN Generalidades • La organización determina que necesita seguimiento y medición. • Determina los métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación para asegurar resultados válidos. • Determina cuando se lleva a cabo el seguimiento y la medición. • Determina cuando analizar y evaluar los resultados del seguimiento y medición. • Evalúa el desempeño y la eficacia del SGC. Conserva información documentada como evidencia de los resultados.				DESPLIEGUE V4 el cual establece los siguientes métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación. Para la Vigencia 2025, se encuentra en Actualización los Indicadores de Gestión de Recursos Físicos. La Entidad cuenta con el Procedimiento PA-GTH-PR-05 EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO LABORAL V4; sin embargo, no se evidencia la Evaluación de Desempeño Laboral de la Auxiliar Administrativa de Archivo del Segundo Semestre de la Vigencia 2024.
9.2.1	**AUDITORIA INTERNA** • La organización lleva a cabo auditorías internas a intervalos planificados. • Las auditorías proporcionan información sobre el SGC conforme con los requisitos propios de la organización y los requisitos de la NTC ISO 9001:2015. • La organización planifica, establece, implementa y mantiene uno o varios programas de auditoría. • Define los criterios de auditoría y el alcance para cada una.	X			Realizado por el Auditor Interno de Sistemas en Sistemas Integrados de Gestión HSEQ (ISO 9001:2015, 14001:2015, 45001:2018) con enfoque en Responsabilidad Social Empresarial e ISO/IEC 17025:2017, bajo la Dirección de la Oficina de Control Interno como Auditor Líder.

	• Selecciona los auditores y lleva a cabo auditorías para asegurar la objetividad y la imparcialidad del proceso. • Asegura que los resultados de las auditorias se informan a la dirección. • Realiza las correcciones y toma las acciones correctivas adecuadas. Conserva información documentada como evidencia de la implementación del programa de auditoría y los resultados.				
9.2.2	La organización debe planificar, establecer, implementar y mantener uno o varios programas de auditoría que incluyan la frecuencia, los métodos, las responsabilidades, los requisitos de planificación y la elaboración de informes, que deben tener en consideración la importancia de los procesos involucrados, los cambios que afecten a la organización y los resultados de las auditorías previas.	X			Realizado por el Auditor Interno de Sistemas en Sistemas Integrados de Gestión HSEQ (ISO 9001:2015, 14001:2015, 45001:2018) con enfoque en Responsabilidad Social Empresarial e ISO/IEC 17025:2017, bajo la Dirección de la Oficina de Control Interno como Auditor Líder.
9.3.1	**REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN Generalidades** La alta dirección revisa el SGC a intervalos planificados, para asegurar su conveniencia, adecuación, eficacia y alineación continua con la estrategia de la organización.		X		La Entidad cuenta con el Informe de Revisión por la Alta Dirección Vigencia 2024 requeridos por normatividad y Entes de Control; sin embargo, no se tiene documentados acciones de mejora con respeto al Proceso de Gestión Documental.
9.3.2	**Entradas de la revisión por la dirección** • La alta dirección planifica y lleva a cabo la revisión incluyendo consideraciones sobre el estado de las acciones de las revisiones previas. • Considera los cambios en las cuestiones externas e internas que sean pertinentes al SGC.		X		**ENTRADAS DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN ESTABLECIDOS EN LA VIGENCIA 2024** • Resultados de Auditorías Internas / Verificados • Política de Calidad / Verificado • Matriz DOFA / Verificado • Matriz STAKEHOLDERS / Verificado • Gestión de Indicadores de Gestión / No Verificados • No Conformidades / Verificadas

	• Considera la información sobre el desempeño y la eficiencia del SGC. • Considera los resultados de las auditorías. • Considera el desempeño de los proveedores externos. • Considera la adecuación de los recursos. • Considera la eficiencia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y las oportunidades. Se considera las oportunidades de mejora.				• Evaluación de Proveedores / Verificados • Adecuación de Recursos del SGC / Verificados • Gestión de Riesgos y Oportunidades / Verificados La Entidad cuenta con el Informe de Revisión por la Alta Dirección Vigencia 2024 requeridos por normatividad y Entes de Control; sin embargo, no se tiene documentados acciones de mejora con respeto al Proceso de Gestión de Recursos Físicos.
9.3.3	**Salidas de la revisión por la dirección** • Las salidas de la revisión incluyen decisiones y acciones relacionadas con oportunidades de mejora. • Incluyen cualquier necesidad de cambio en el SGC. • Incluye las necesidades de recursos. Se conserva información documentada como evidencia de los resultados de las revisiones.	X			**NECESIDADES DE CAMBIOS DEL MIPG / SGC ESTABLECIDOS PARA LA VIGENCIA 2025** • Cambios que puedan afectar el Sistema de Gestión de Calidad; tal como se estableció en el presente informe de Revisión por la dirección, se establecen como cambios prioritarios para la vigencia 2025: • Recertificación del Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001:2015, con el objetivo de ordenar y gestionar la mejora Continua de la entidad, buscando asegurar el cumplimiento de los Requerimientos Legales y generar cumplimiento a las responsabilidades de los funcionarios de la Entidad. • Adecuación, mejora de la infraestructura de la sede de la empresa de servicios públicos RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P. • Implementación del Proceso de Gestión de Mantenimiento que incluya el Plan de Mantenimiento de las Instalaciones, Equipo Automotor, Equipos Auxiliares. • Actualización de las Tablas de Retención Documental, debido a la Reestructuración realizada a partir del 26 de octubre de 2022

					• Adecuación de la mejora del Laboratorio de RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P.
10.1	**MEJORA Generalidades** La organización ha determinado y seleccionado las oportunidades de mejora e implementado las acciones necesarias para cumplir con los requisitos del cliente y mejorar su satisfacción.	X			La Entidad cuenta con el Plan de Mejoramiento 2024 SGA con fecha de suscripción del 01 de noviembre de 2024, se identifica para la Tesorería 1 No Conformidad, con las acciones a implementar respectivas, soporte de evidencias, metas de cumplimiento, con fecha de inicio – final, responsable y estado de la No Conformidad.
10.2.1	**NO CONFORMIDAD Y ACCIÓN CORRECTIVA** • La organización reacciona ante la no conformidad, toma acciones para controlarla y corregirla. • Evalúa la necesidad de acciones para eliminar las causas de la no conformidad. • Implementa cualquier acción necesaria, ante una no conformidad. • Revisa la eficacia de cualquier acción correctiva tomada. • Actualiza los riesgos y oportunidades de ser necesario. • Hace cambios al SGC si fuera necesario. Las acciones correctivas son apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas.	X			Durante la Auditoría Interna, se realiza la revisión de las No Conformidades del área de Tesorería: 1. El Área de Tesorería cuenta un Archivo de Gestión estandarizado y marcado por la directriz de la Tesorera, que contiene las Nóminas, los Egresos y las Conciliaciones Bancarias y las Nóminas. En las Nóminas se revisaron 6 carpetas los cuales no presentaron novedades; en la verificación de los Egresos, se evidenciaron inconsistencias de las 13 carpetas revisadas en 8 carpetas la ausencia de las firmas de los responsables de la documentación, incumpliendo con el Numeral 7.5.3 de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2015. • **La No Conformidad está cerrada**
10.2.2	Se conserva información documentada como evidencia de la naturaleza de las no conformidades, cualquier acción tomada y los resultados de la acción correctiva.	X			La Entidad cuenta con el Plan de Mejoramiento 2024 SGA con fecha de suscripción del 01 de noviembre de 2024, se identifica para la Tesorería 1 No Conformidad, con las acciones a implementar respectivas, soporte de evidencias, metas de cumplimiento, con fecha de inicio – final, responsable y estado de la No Conformidad.
10.3	**MEJORA CONTINUA** • La organización mejora continuamente la	X			**NECESIDADES DE CAMBIOS DEL MIPG / SGC** • Cambios que puedan afectar el Sistema de Gestión de Calidad; tal como se

	conveniencia, adecuación y eficacia del SGC. Considera los resultados del análisis y evaluación, las salidas de la revisión por la dirección, para determinar si hay necesidades u oportunidades de mejora.				estableció en el presente informe de Revisión por la dirección, se establecen como cambios prioritarios para la vigencia 2025: • Recertificación del Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001:2015, con el objetivo de ordenar y gestionar la mejora Continua de la entidad, buscando asegurar el cumplimiento de los Requerimientos Legales y generar cumplimiento a las responsabilidades de los funcionarios de la Entidad. • Adecuación, mejora de la infraestructura de la sede de la empresa de servicios públicos RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P. • Implementación del Proceso de Gestión de Mantenimiento que incluya el Plan de Mantenimiento de las Instalaciones, Equipo Automotor, Equipos Auxiliares. • Actualización de las Tablas de Retención Documental, debido a la Reestructuración realizada a partir del 26 de octubre de 2022 • Adecuación de la mejora del Laboratorio de RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P.

CONFORMIDADES

La Entidad cuenta con la Matriz DOFA ESTRATÉGICA INSTITUCIONAL PE-GPD-MT-02 V4 que establece las cuestiones externas e internas específicamente, cumpliendo con el Numeral 4.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con la MATRIZ DE GRUPOS DE INTERÉS (STAKEHOLDERS) PE-GPD-MT-03 V4 que establece las partes interesadas internas y externas con sus respectivos lineamientos de necesidades y requisitos legales., cumpliendo con el Numeral 4.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con el ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD PE-SIG-SGC-FO-04 V4, cumpliendo con el Numeral 4.3 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con la CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS PE-GPD-CA-01 V3, en el cual establece los procesos necesarios que impactan el SGC, se tiene el Proceso de Gestión Administrativa y Financiera, el cual está vinculado al área de Tesorería, donde se tiene definido los proveedores, entradas y salidas en el Ciclo PHVA., cumpliendo con el Numeral 4.4.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Alta Dirección de la Entidad establece compromiso con el SGC, como lo establece en el Plan PE-GPD-PL-01 PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL, describe el cumplimiento a las premisas establecidas en el Sistema de Calidad de la Entidad, Gestión eficaz del Riesgo, la prevención de los riesgos asociados a la Seguridad y Salud en el Trabajo, para prevenir accidentes laborales y enfermedades laborales, promoviendo el mejoramiento continuo de los procesos para contar con los más altos estándares de calidad garantizando la satisfacción del cliente, cumpliendo con el Numeral 5.1.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad establece la Matriz PV-CI-MC-MT-01 MATRIZ GESTIÓN DE RIESGO Y OPORTUNIDADES V4, donde se determinan los riesgos y oportunidades que puedan afectar a la conformidad de los productos y servicios de los procesos con sus acciones de mitigación, evaluación de controles y evidencia de cumplimiento y las oportunidades integrales, cumpliendo con el Numeral 5.1.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con la POLÍTICA SGC PE-SIG-SGC-PO-01 V3, que busca satisfacer las necesidades y expectativas de sus grupos de interés, en los procesos de ACUEDUCTO. ALCANTARILLADO Y ASEO, alineado con el cumplimiento normativo de la competencia técnica de nuestro LABORATORIO DE AGUA POTABLE, asegurando la precisión, imparcialidad y confiabilidad de nuestros resultados en los procesos de tratamiento, garantizando la calidad y seguridad en el consumo de agua potable a nuestros usuarios, generando un servicio público integral de calidad, a través de la gestión eficaz de los riesgos y oportunidades, dando cumplimiento a los requisitos legales y a la Planeación Estratégica; contando con un talento humano competente y comprometido, para así mantener la eficacia y la mejora continua del Sistema de Gestión, cumpliendo con el Numeral 5.2.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con una página web institucional, en el cual se tiene publicado la Política SGC en la página web https://redvitalpaipasaesp.com/informacion-de-entidad/politica-de-calidad-del-sistema-de-la-gestion-de-la-calidad-iso-90012015-red-vital-paipa-s-a-e-s-p/, también se tiene documentado en el Plan PE-GPD-PL-01 PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL, cumpliendo con el Numeral 5.2.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con una estructura organizacional definida para el SGC, como se establece en la Matriz PE-SIG-SGC-MT-03 MATRIZ DE ROLES, RESPONSABILIDADES Y AUTORIDADES V3, cada proceso de la Entidad contiene el responsable con la autoridad para sustentar la información requerida por la Alta Dirección, cumpliendo con el Numeral 5.3 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad establece la Matriz PV-CI-MC-MT-01 MATRIZ GESTIÓN DE RIESGO Y OPORTUNIDADES V4, donde se determinan los riesgos y oportunidades que puedan afectar a la conformidad de los productos y servicios de los procesos con sus acciones de mitigación, evaluación de controles y evidencia de cumplimiento y las oportunidades integrales, cumpliendo con los Numerales 6.1.1 y 6.1.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con los OBJETIVOS DE CALIDAD PE-SIG-SGC-OD-01 V3, que se encuentran contemplados en la Matriz PE-GPD-MT-04 MATRIZ DE INDICADORES Y DESPLIEGUES PE-GPD-MT-04 V4 que se encuentra en Actualización, el cual establece los recursos, los responsables y sus respectivos métodos de medición y desempeño, cumpliendo con los Numerales 6.2.1 y 6.2.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

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

La Entidad Se cuenta con el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-04 GESTIÓN DEL CAMBIO V4, el cual establece los lineamientos para planificar los cambios del SIG. La Entidad cuenta con la Matriz PE-SIG-SGC-MT-04 MATRIZ DEL GESTIÓN DE CAMBIO V4., cumpliendo con el Numeral 6.3 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad está contenida con una planta de persona 100 funcionarios; 21 administrativos, 17 funcionarios de Acueducto, 14 funcionarios de Alcantarillado, y 43 funcionarios de Aseo para implementación, mantenimiento y mejora continua del SGC, cumpliendo con el Numeral 7.1.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

El área de Tesorería está liderada por el Subgerente General Administrativo y el Tesorero General, como se establecen en el Manual de Funciones y Competencias Laborales RD-GD-042., cumpliendo con el Numeral 7.1.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

Durante la Auditoría, se evidencia que el área de Tesorería cuenta con inmobiliario adecuado para el Tesorero General, desde los elementos informáticos, elementos ergonómicos y de mesa de trabajo para el desarrollo de las actividades de tesorería, cumpliendo con el Numeral 7.1.4 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con el Plan PA-GTH-DC-PL-02 PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN V10 y el Plan PA-GTH-DC-PL-05 PLAN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN V3 para definir de manera planificada las estrategias en materia de gestión del conocimiento en la Entidad, cumpliendo con el Numeral 7.1.6 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

El Área de Tesorería cuenta con la Tesorera General con el Acto de Posesión No. 004-2024 del 15 de enero 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 ISO 9001:2015.

El Área de Tesorería cuenta con el personal idóneo para su direccionamiento, se tiene el dominio de la Política de Calidad y los Objetivos de Calidad, cumpliendo con el Numeral 7.3 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

Durante la Auditoria a la Tesorera General, se evidencia que se mantiene el manejo de la información de forma verbal y escrita, cuenta con trazabilidad de información., cumpliendo con el Numeral 7.4 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad establece el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-01 CONTROL DE INFORMACIÓN DOCUMENTADA V4, con los lineamientos pertinentes a la creación, actualización, identificación, revisión, aprobación, control, protección, distribución, almacenamiento, conservación y disposición de la información documentada requerida por la Entidad y el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-03 MANTENIMIENTO Y CONSERVACIÓN DOCUMENTAL V4 con los contenidos adecuados para la conservación de los documentos de las Listas Maestras de Documentación de la Empresa de Servicios Públicos Domiciliarios Red Vital Paipa S.A. E.S.P., con el fin de protegerla de manejos u , cumpliendo con el Numeral 7.5.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad establece el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-01 CONTROL DE INFORMACIÓN DOCUMENTADA V4, con los lineamientos pertinentes a la creación, actualización, identificación, revisión, aprobación, control, protección, distribución, almacenamiento, conservación y disposición de la información documentada requerida por la Entidad., cumpliendo con el Numeral 7.5.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad establece el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-01 CONTROL DE INFORMACIÓN DOCUMENTADA V4, con los lineamientos pertinentes a la creación, actualización, identificación, revisión, aprobación, control, protección, distribución, almacenamiento, conservación y disposición de la información documentada requerida por la Entidad., cumpliendo con el Numeral 7.5.3.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad contempla los medios físicos y digitales autorizados para las comunicaciones internas y externas; se evidencia que el área de Tesorería encabezado por la líder de proceso, se mantiene el manejo de la información de forma verbal y escrita, los cuales cuentan con trazabilidad de información., cumpliendo con el Numeral 8.2.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con la Matriz PE-GJ-MT-01 MATRIZ DE REQUISITOS LEGALES V3 que documenta los requisitos legales y reglamentarios para dar cumplimiento a la prestación eficiente, segura y conforme de los servicios públicos de acueducto, alcantarillado y aseo, en el marco del Sistema Integrado de Gestión, se tiene establecido la normatividad para la Gestión Administrativa y Financiera establecido en los Resoluciones, Decretos y Leyes a los cuales se aplican para la Entidad, cumpliendo con el Numeral 8.2.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

El área de Tesorería cuenta con los procedimientos para los requerimientos y necesidades de los clientes internos de la Entidad, cumpliendo con los Numerales 8.2.3.1 y 8.2.3.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

El área de Tesorería bajo el liderazgo de la Subgerencia General Administrativa puede realizar las respectivas solicitudes de gestión de cambio, necesidades de requerimientos y generación de nuevos procedimientos, cumpliendo con los Numerales 8.2.4 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con un Manual de Contratación adoptado por la Empresa mediante el Acuerdo 003 de 2008 y sus modificaciones mediante los Acuerdos 009 de 2014 y 003 de 2018 y la Resolución RVP 175 de 2021 y el Procedimiento PA-GC-PR-01 EVALUACIÓN DE PROVEEDORES V4 establecen la metodología para la modalidad contractual y la evaluación del seguimiento de proveedores teniendo en cuenta criterios normativos y técnicos que den a lugar respectivamente, cumpliendo con los Numerales 8.4.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad establece el estudio de las propuestas que contenga los requisitos para sus productos y servicios, la Contratación se realiza mediante los estipulado en el Manual de Contratación adoptado por la Empresa mediante el Acuerdo 003 de 2008 y sus modificaciones mediante los Acuerdos 009 de 2014 y 003 de 2018 y la Resolución RVP 175 de 2021. El proveedor seleccionado es contactado por la Entidad; por consiguiente, se selecciona el supervisor del contrato, para llevar a cabo la documentación y el control de proveedor, cumpliendo con los Numerales 8.4.3 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

El área de Tesorería cuenta como Modelo de Operación por Procesos, la Lista Maestra de Documentación de Gestión Documental que se encuentra ubicado en la Unidad de Almacenamiento SIG-REGISTROS y SIG-DOCUMENTOS, cumpliendo con los Numerales 8.5.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

El área de Tesorería cuenta con estanterías establecidas en Archivo Central, el cual se establece la distribución planificada para facilitar el almacenamiento y resguardo de la información, cumpliendo con los Numerales 8.5.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad como cliente interno, salvaguarda la información del área de Tesorería, a través del Software SYSMAN. En el Procedimiento PA-GCOM-PR-04 ADMINISTRACIÓN DE DISPOSITIVOS DE REDES Y COMUNICACIONES de la Gestión de Sistemas y Comunicaciones, se tiene discriminado las actividades de la realización de las copias de información y la seguridad y restricción de la información. Con la creación de la carpeta, permite comprimir toda la información en un disco duro que queda en custodia del Servidor de Sistemas y Comunicaciones y la seguridad de la información permite la creación de una red interna exclusivo para la Entidad para masificar la protección de los datos (información de la Entidad, datos históricos, y demás contendido intangible), se evidencia que para la Vigencia 2024 se realizó el respectivo cargue a la NAS, cumpliendo con los Numerales 8.5.3 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

Durante la Auditoría Interna, se evidencia que la información del Archivo de Gestión está bajo custodia del Tesorero General y la información de resguardo del Archivo Central bajo la custodia del Auxiliar Administrativo de Archivo, teniendo en cuenta los lineamientos de la Circular 006-2024, la cual estipula en sus artículos 5 y 6 del Acuerdo 042 de 2022 las disposiciones para el manejo de la consulta y préstamo de documentos para trámites internos, así como las medidas de custodia, control y preservación., cumpliendo con los Numerales 8.5.4 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-04 GESTIÓN DEL CAMBIO V4, el cual establece los lineamientos para planificar los cambios del SIG. La Entidad cuenta con la Matriz PE-SIG-SGC-MT-04 MATRIZ DEL GESTIÓN DE CAMBIO V4. El área de Tesorería cuenta con el Modelo de Operación por Procesos para la Gestión Administrativa y Financiera de los cambios que sean necesarios, cumpliendo con los Numerales 8.5.6 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

El Área de Tesorería cuenta con los procedimientos, para garantizar las líneas de defensa de cada una de las actividades y la entrega final de los servicios que realiza el área (los egresos en el PA-GAF-PR-08 EGRESOS y los pagos respectivos PA-GAF-PR-13 RADICACIÓN DE CUENTAS), cumpliendo con los Numerales 8.5.6 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con el Informe de Revisión por la Alta Dirección Vigencia 2024 requeridos por normatividad y Entes de Control, cuenta con las Necesidades de Cambio del MIPG / SIG, cumpliendo con los Numerales 9.3.3 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con el Plan de Mejoramiento 2024 SGA con fecha de suscripción del 01 de noviembre de 2024, se identifica para el área de Tesorería, 1 No Conformidad, con las acciones a implementar respectivas, soporte de evidencias, metas de cumplimiento, con fecha de inicio – final, responsable y estado de la No Conformidad, cumpliendo con los Numerales 10.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

Durante la Auditoría Interna, se realiza la revisión de las No Conformidades del área de Tesorería, con su respectivo cierre de acuerdo al Plan de Mejoramiento 2024 SGA con fecha de suscripción del 01 de noviembre de 2024, cumpliendo con los Numerales 10.2.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con el Plan de Mejoramiento 2024 SGA con fecha de suscripción del 01 de noviembre de 2024, se identifica para la Tesorería 1 No Conformidad, con las acciones a implementar respectivas, soporte de evidencias, metas de cumplimiento, con fecha de inicio – final, responsable y estado de la No Conformidad., cumpliendo con los Numerales 10.2.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con el Informe de Revisión por la Alta Dirección Vigencia 2024 requeridos por normatividad y Entes de Control, se tiene proyección de acciones de mejoramiento para la Vigencia 2025 para su ejecución, cumpliendo con los Numerales 10.3 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

OBSERVACIONES

La Entidad cuenta con Tablas de Retención Documental establecidas en la Resolución RVP 170 de 2021 que permite la organización de la documentación direccionada de las áreas administrativas y operacionales; sin embargo, se evidencia que se están manejando series documentales desactualizadas para el área de Tesorería, no se encuentra actualizado correctamente las TRD desde la Reestructuración realizada el 26 de octubre de 2022. (Numeral 7.5.3.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015).

El área de Tesorería cuenta con cinco (5) procedimientos; sin embargo, se evidencia que se deben realizar en colaboración con la Oficina de Sistema Integrado de Gestión los ajustes de actividades en el Se deben realizar en colaboración con la Oficina de Sistema Integrado de Gestión ajustes de actividades en el PR-07, PR-09, PR-11 y PR-13. (Numeral 8.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015).

La Entidad cuenta con el Procedimiento PE-SIG-SGC-PR-06 SALIDAS NO CONFORMES; sin embargo, no se tiene documentado Salidas no Conformes para la respectiva Vigencia, se recomienda Capacitación de Salidas no Conformes. (Numeral 8.7.1 y 8.7.2 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015).

La Entidad cuenta con el Informe de Revisión por la Alta Dirección Vigencia 2024 requeridos por normatividad y Entes de Control; sin embargo, no se tiene documentados acciones de mejora con respeto el área de Tesorería. (Numeral 9.3.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015).

NO CONFORMIDADES

El Área de Tesorería no cuenta con la estantería adecuada para el Archivo de Gestión y no cuenta con inmobiliaria adecuada para la custodia de los tokens (caja fuerte), incumpliendo con el Numeral 7.1.3 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

La Entidad cuenta con el Procedimiento PA-GTH-PR-05 EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO LABORAL; sin embargo, no se evidencia la Evaluación de Desempeño Laboral de la Tesorera General del Segundo Semestre de la Vigencia 2024, incumpliendo con el Numeral 9.1.1 de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015.

ANDREW MASAMI ASAKURA GARCIA
Profesional del Sistema Integrado de Gestión

C.C. 1.053.605.825
Auditor Interno HSEQ (ISO 9001:2051, ISO 14001:2015, ISO 45001:2015) Enfoque en RSE
Auditor Interno ISO/IEC 17025:2017