RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P. / 05 DE MARZO DE 2025

1. NO CONFORMIDADES DETECTADAS EN AUDITORIA DE 2025

SOLICITUD DE ACCIÓN CORRECTIVA			**No.** 1 de 3
[ ] No - Conformidad Mayor [X] No - Conformidad Menor	Norma(s): **ISO 9001:2015**	Requisito(s): 6.2.1	

Descripción de la no conformidad:

No se evidencia el establecimiento de los objetivos de calidad en los procesos del sistema de gestión.

Evidencia:

A pesar de que se han definido 6 objetivos de calidad cuya redacción se presenta en el documento Plan Estratégico Institucional, PE-GPD-PL-01, no se evidencia para 3 de ellos, el despliegue a los procesos, cuyos indicadores, recursos, metas y recursos se presentan en el documento “Matriz de indicadores y despliegue” PE-GPD-MT-04.

Corrección	**Evidencia de Implementación**	**Fecha**
Actualizar la Matriz de Indicadores y Despliegue **PE-GPD-MT-04** para garantizar la alineación de los objetivos de calidad con los procesos organizacionales. Se definirán indicadores específicos para cada objetivo, así como los recursos y metas necesarias para su cumplimiento. Se comunicará el ajuste a los responsables de cada proceso para su implementación efectiva. Responsables: Líderes de Procesos / Jefe Oficina de Control Interno / Profesional SIG	Matriz de indicadores y despliegue actualizada	Abril 2025 a Junio 2025
	Acta de reunión con responsables de procesos	Abril 2025 a Junio 2025
	Cronograma de Seguimientos e informes respectivos	Desde abril de 2025 hasta diciembre de 2025

Descripción de la (s) causas (s) / Lluvia de ideas

- Falta de seguimiento y verificación en la alineación de los objetivos de calidad con los procesos.
- Falta de socialización con los líderes y responsables de procesos de la documentación.
- Desconocimiento por parte de algunos responsables de proceso sobre la importancia del despliegue de los objetivos en su área.
- No se ha rectificado la información documentada con las versiones actuales.
- No se establecieron controles para validar la integración de todos los objetivos en la matriz de despliegue.

Acción correctiva	**Evidencia de Implementación**	**Fecha**
Diseñar e implementar un procedimiento formal para la validación y seguimiento de la alineación de los objetivos de calidad con los procesos organizacionales**.**	Procedimiento de Seguimiento de Gestión	Abril 2025 a Junio 2025
Capacitar a los líderes y responsables de los procesos en la importancia del despliegue de los objetivos, la medición de indicadores y la mejora continua.	Acta de reunión con responsables de procesos Soportes de asistencia de capacitaciones	Desde abril de 2025 hasta diciembre de 2025
Establecer un mecanismo de revisión periódica de la Matriz de Indicadores y Despliegue, asegurando la participación activa de los líderes y responsables de proceso y la Alta Dirección.	Cronograma de Seguimientos e informes respectivos	Desde abril de 2025 hasta diciembre de 2025

SOLICITUD DE ACCIÓN CORRECTIVA	No. 2 de 3

[ ] No - Conformidad Mayor [X] No - Conformidad Menor	Norma(s): ISO 9001:2015	Requisito(s): 9.2.1. b	

Descripción de la no conformidad:

Las auditorías de calidad no proporcionan información acerca si el sistema de calidad es conforme con los requisitos de la norma ISO 9001:2015.

Evidencia:

Para las auditorías internas de calidad realizadas entre el 9 de abril y 3 de octubre de 2024, no se evidencia que se hayan revisado los requisitos 8.5.1, 8.5.2, 9.1.1 y 9.1.3 de la norma ISO 9001:2015 en los procesos de prestación del servicio de acueducto y aseo, por lo cual no se puede concluir sobre la conformidad de esos requisitos de la norma internacional.

Corrección	**Evidencia de Implementación**	**Fecha**
Realizar la Reunión para la socialización del Plan de Auditorías Internas para la Vigencia 2025 **PV-CI-AI-PL-01 PLAN DE AUDITORÍAS**. Responsables: Jefe Oficina de Control Interno / Profesional SIG	Acta de Reunión / Soportes de asistencia	Marzo/Abril 2025
Establecer el Cronograma de las Auditorías Internas, con los requisitos establecidos para cada uno de los procesos. Responsables: Jefe Oficina de Control Interno / Profesional SIG	Cronograma de Auditorías Internas Oficios Comunicados a cada líder / responsables de áreas / dependencias	Abril 2025 hasta Noviembre 2025
Ejecutar y hacer seguimiento al Plan de Auditorías Internas para la Vigencia 2025 **PV-CI-AI-PL-01 PLAN DE AUDITORÍAS**, asegurando la inclusión de todos los procesos de la Entidad y la evaluación de los requisitos mencionados, además de los ya contemplados en la Vigencia 2024. Responsables: Jefe Oficina de Control Interno / Profesional SIG	Informes de Auditorías Internas de cada uno de las áreas / dependencias	Abril 2025 hasta Noviembre 2025

Descripción de la (s) causas (s) 5 Porqués

¿Por qué no se revisaron los requisitos 8.5.1, 8.5.2, 9.1.1 y 9.1.3?

Porque no estaban incluidos en las listas de verificación utilizadas en la auditoría interna.

¿Por qué no estaban incluidos en las listas de verificación?

Porque la planificación de la auditoría no se contempló una validación exhaustiva de todos los requisitos aplicables

¿Por qué no se validaron todos los requisitos aplicables?

Porque no existe un mecanismo documentado para la inclusión de todos los requisitos en cada área / dependencia para la auditoría.

¿Por qué no existe un mecanismo formal para validar la cobertura de todos los requisitos?

Porque no se han definido criterios específicos para la selección y actualización de los requisitos normativos dentro del procedimiento de auditoría interna.

¿Por qué no se han definido criterios específicos dentro del procedimiento de auditoría interna?

Porque en el Procedimiento de Auditorías Internas, estaban relacionados las políticas de operación y las descripciones para las auditorías, no se tiene establecidos del cómo se deben estipular los requisitos para cada una de las áreas / dependencias.		
Acción correctiva	**Evidencia de Implementación**	**Fecha**
Revisión y actualización del procedimiento de auditorías internas **PV-CI-PR-01 AUDITORÍA INTERNA** para incluir un mecanismo de validación de los requisitos normativos que deben ser auditados en para cada área / dependencia.	Procedimiento de auditoría interna actualizado y aprobado.	Abril 2025 a Mayo 2025
Elaboración de nuevas listas de verificación, asegurando la inclusión de todos los requisitos aplicables en cada proceso.	Nuevas listas de verificación incorporadas en el sistema documental.	Abril 2025 a Noviembre 2025
Construir una matriz de aplicabilidad donde se relacione cada proceso estratégico, misionales, de apoyo y de evaluación con los numerales pertinentes de la ISO 9001:2015.	Matriz de Aplicabilidad ISO 9001:2015	A partir de Mayo 2025 hasta julio 2025

SOLICITUD DE ACCIÓN CORRECTIVA		**No.** 3 de 3
☐ No - Conformidad Mayor ☒ No - Conformidad Menor	Norma(s): ISO 9001:2015	Requisito(s): 8.1

Descripción de la no conformidad:

La organización no planifica los procesos necesarios para cumplir con los requisitos para la provisión de productos y servicios.

Evidencia:

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.

Corrección	**Evidencia de Implementación**	**Fecha**
Implementar el Plan de Calidad de Obras para las intervenciones de la Entidad que contemple la planificación detallada de las intervenciones en el sistema de acueducto para la Vigencia 2025, asegurando que cada actividad esté programada y documentada. Responsables: Subgerente General Operativo / Líder del Proceso de Acueducto y Alcantarillado / Profesional SIG	Plan de Calidad de Obras	Abril 2025 a Diciembre 2025
	Informes de Seguimiento de Actividades	Abril 2025 a Diciembre 2025
Capacitación relacionada al Plan de Calidad de Obras, con los respectivos lineamientos para su evidencia (Integrar al Plan de Capacitación Institucional). Responsables: Subgerente General Operativo / Líder del Proceso de Acueducto y Alcantarillado / Profesional SIG	Acta de Reunión / Soportes de capacitación del Plan de Calidad de Obras	Abril/Mayo /Junio 2025

Descripción de la (s) causas (s) / 5 Porqués

¿Por qué no se evidenció la planificación de las actividades de intervención?

Porque no existe un documento establecido que defina los lineamientos para la planificación y registro de estas actividades, que ha impedido la estandarización de los procesos de intervención y dificulta la trazabilidad de las acciones realizadas.

¿Por qué no existe un documento establecido para la planificación?

Porque las intervenciones han sido gestionadas de manera operativa sin una estructura formal dentro del Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001:2015, generando una dependencia excesiva en la experiencia del personal operativo en lugar de contar con una guía documentada y validada.

¿Por qué se gestionan operativamente sin estructura formal?

Porque no se ha implementado un mecanismo / hoja de ruta / procedimiento obligatorio de planificación y seguimiento de intervenciones, debido a la ausencia de este mecanismo ha permitido que las intervenciones se realicen de forma reactiva en lugar de proactiva, afectando la eficiencia, la trazabilidad y el control del proceso.

¿Por qué no se ha implementado un mecanismo / hoja de ruta / procedimiento obligatorio de planificación?

Porque no se han definido responsables claros para la Gestión y documentación de las intervenciones, así como también la falta de asignación de roles y responsabilidades ha generado una brecha en la supervisión y control de estos procesos.

¿Por qué no se han definido responsables?

Porque no se ha establecido de forma lega y documental las responsabilidades tanto del personal operativo como de los líderes misionales de Acueducto y Alcantarillad, para llevar a cabo la planificación de las de actividades operativas dentro del Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001:2015.

Acción correctiva	**Evidencia de Implementación**	**Fecha**
Desarrollo e implementación del Procedimiento de Planificación Operativa que soporte, el cual establecerá directrices claras para la programación, ejecución y control de las intervenciones. Responsables: Subgerente General Operativo / Líder del Proceso de Acueducto y Alcantarillado / Profesional SIG	Procedimiento de planificación operativa documentado, aprobado y difundido entre los responsables del proceso.	Abril/Mayo /Junio 2025
Asignación de roles y responsabilidades en cada área operativa, estableciendo un equipo de planificación encargado de coordinar, documentar y validar las intervenciones. Responsables: Subgerente General Operativo / Líder del Proceso de Acueducto y Alcantarillado	Documentos de designación formal de responsables con roles y funciones claramente definidos.	Abril/Mayo /Junio 2025
Capacitación para el personal operativo y administrativo, enfocada en la correcta aplicación del Procedimiento de Planificación Operativa, el uso de herramientas de planificación y la importancia de la documentación estructurada del SGC (Integrar al Plan de Capacitación Institucional). Responsables: Subgerente General Operativo / Líder del Proceso de Acueducto y Alcantarillado / Profesional SIG	Acta de Reunión / Soportes de asistencia para la capacitación del Procedimiento de Planificación Operativa	Abril/Mayo /Junio 2025
Implementación de Informes de Intervenciones (Plan de Calidad de Obras) donde se detallarán las ejecuciones de las actividades, recursos necesarios y criterios de priorización para cada intervención. Responsables: Subgerente General Operativo / Líder del Proceso de Acueducto y Alcantarillado / Responsables de Acueducto y Alcantarillado	Registros detallados de planificación y ejecución de actividades, con evidencia de cumplimiento y ajustes realizados.	Abril 2025 hasta Diciembre 2025
Ejecución de Auditorías Internas para la Planificación Operativa Responsables: Jefe Oficina de Control Interno / Profesional SIG	Informes de Auditoría Internas a la Planificación Operativa	Abril 2025 hasta Diciembre 2025