SOLICITUD DE ACCIÓN CORRECTIVA	No. 1 de 7

[ ] No - Conformidad Mayor [X] No - Conformidad Menor	Norma(s): ISO 9001: 2015	Requisito(s): 7.1.3 a

Descripción de la no Conformidad:

La organización no se asegura de determinar y mantener adecuadamente la infraestructura para la prestación del servicio.

Evidencia:

Se pudo evidenciar caseta, sistema de captación y desarenadores en condiciones inadecuadas de mantenimiento: sin regleta, volante de compuerta soportado por ladrillo, caseta con maleza sin iluminación, foso sin tapa; rebosaderos y cajas sin evidente mantenimiento reciente, caja sin tapa.

Corrección	Evidencia de Implementación	Fecha
Reunión de Planificación de las actividades de Mejoramiento substancial en el punto de captación de agua. Vereda Toibita, en cuanto a: • Mejoramiento de infraestructura de la caseta - Mantenimiento del Sistema de captación y desarenadores • Adecuación del sistema de regleta, -Arreglo y adecuación del sistema de volante de compuerta soportado por ladrillo, • Adecuación y arreglo de caseta: maleza, iluminación, • Arreglo de la tapa • Arreglo y adecuación de rebosaderos • Arreglo y adecuación de cajas	Acta de la reunión y acuerdos realizados con las partes Interesadas	
Realización de las actividades de adecuación y arreglo, establecidas en el punto 1 del presente PCAC.	Informes de obras del antes y después y adecuación de los instrumentos de reporte de la empresa RED VITAL PAIPA S.A. E.S.P., en planta PTAP	

Descripción de la (s) causas (s)

Se generan reuniones interdisciplinarias, con la participación de los líderes de procesos,
Gerencia, Calidad y demás involucrados, para garantizar que el estudio de causa raíz sea el pertinente.
Los participantes analizan factores clave como:
Personal disponible
Recursos pertinentes para la vigencia del 2024
Métodos de seguimiento control y medición
Equipos metrológicos que se deben utilizar
Demás aspectos logísticos aportados por los participantes en la lluvia de ideas
Producto de lo cual, se genera la siguiente conclusión:
Falta de seguimiento y control, en cuanto a las adecuaciones, mantenimientos y condiciones pertinentes, en las que se deben encontrar las instalaciones del punto de captación de agua
de la empresa de servicios públicos del municipio de Paipa

Acción correctiva	Evidencia de Implementación	Fecha
Implementación, reporte y gestión en los planes de mantenimiento Preventivo y correctivo de las actividades de Mejoramiento substancial en el punto de captación de agua. Vereda Toibita, en cuanto a:	Acta de la reunión y acuerdos realizados con las partes Interesadas	

• Mejoramiento de infraestructura de la caseta - Mantenimiento del Sistema de captación y desarenadores • Adecuación del sistema de regleta, -Arreglo y adecuación del sistema de volante de compuerta soportado por ladrillo, -Adecuación y arreglo de caseta: maleza, iluminación, - Arreglo de la tapa • Arreglo y adecuación de rebosaderos • Arreglo y adecuación de cajas		
Seguimientos trimestrales, por parte del SGC, de las actividades de Mejoramiento substancial en el punto de captación de agua. Vereda Toibita, en cuanto a: • Mejoramiento de infraestructura de la caseta - Mantenimiento del Sistema de captación y desarenadores • Adecuación del sistema de regleta, -Arreglo y adecuación del sistema de volante de compuerta soportado por ladrillo, • Adecuación y arreglo de caseta: maleza, iluminación, • Arreglo de la tapa • Arreglo y adecuación de rebosaderos • Arreglo y adecuación de cajas	Seguimientos trimestrales, por parte del SGC, de las actividades de Mejoramiento substancial en el punto de captación de agua. Vereda Toibita, en cuanto a: • Mejoramiento de infraestructura de la caseta - Mantenimiento del Sistema de captación y desarenadores • Adecuación del sistema de regleta, - Arreglo y adecuación del sistema de volante de compuerta soportado por ladrillo, • Adecuación y arreglo de caseta: maleza, iluminación, • Arreglo de la tapa • Arreglo y adecuación de rebosaderos • Arreglo y adecuación de cajas	
Revisión continua del personal administrativo (Subgerencia Operativa) del estado de los puntos de captación.	Actas de visitas de Inspección (mínimos semestrales)	
Revisión y auditoria, en el proceso de auditorías interna de la entidad, bajo la norma ISO 9001:2015, de la conformidad y actividades adecuación del punto de captación de la vereda TOIBITA.	Informe de auditorías internas vigencia 2024	

SOLICITUD DE ACCIÓN CORRECTIVA	No. 2 de 7

[ ] No - Conformidad Mayor [X] No - Conformidad Menor	Norma(s): ISO 9001: 2015	Requisito(s): 9.1.1 b)

Descripción de la no Conformidad:

La organización no ha determinado adecuadamente los métodos de seguimiento, medición y análisis para asegurar la validez de los resultados

Evidencia:

Indicadores facturación Eficiencia de recaudado de acueducto alcantarillado y aseo; con formula (valor de recaudo del usuario final / valor facturado usuario final * 100) sin meta, con frecuencia mensual; con formulación en base de datos herrada y base de datos con información que no permite la obtención de resultados de acuerdo a lo establecido; sin evidencia de Análisis Cobro de cartera.

No se cumple con el objetivo del indicador de eficiencia de cobro, en 8 meses por encima de la meta y dos por debajo de la misma, sin análisis o acciones determinadas para la mejora, sin seguimiento.

Corrección	Evidencia de Implementación	Fecha
Estudio, cambio y mejoramiento en la proyección del Indicador del proceso de Facturación, en la Matriz de Política, objetivos e Indicadores de Gestión Cod: PE-GPD-MT-04 Eficiencia de recaudado de acueducto alcantarillado y aseo; con formula (valor de recaudo del usuario final / valor facturado usuario final * 100), con frecuencia mensual; reestructurando los siguientes temas: • Formulación en base de datos • Información base para su obtención • Análisis y toma de acciones de mejoramiento.	PE-GPD-MT-04 Matriz de Política, objetivos e Indicadores	
Estudio, cambio y mejoramiento del Indicador del proceso de Cobro de cartera en la Matriz de Política, objetivos e Indicadores de Gestión Cod: PE-GPD-MT-04 asegurando que: • Es pertinente frente a las metas establecidas • Se genera análisis pertinente • Se generan las acciones determinadas para la mejora • Se establece un seguimiento pertinente	PE-GPD-MT-04 Matriz de Política, objetivos e Indicadores	

Descripción de la (s) causas (s)

Con base en lo estipulado en el Procedimiento de levantamiento de Acciones correctivas Cod: PV-CI-PR-02, se generan reuniones interdisciplinarias, con la participación de los líderes de procesos, Gerencia, Calidad y demás involucrados. Desde la Dependencia de CFP (Comercial, facturación y PQRS), se reafirman los Indicadores de Gestión establecidos actualmente; para la Rendición de Cuentas de parte de los entes de Control, de los cuales se establecen los indicadores de gestión para la medición del SGC; sin embargo, se genera los siguientes aspectos:

Factor Resultante: Mano de obra: Se evidencia falta de conocimiento y ausencia de sentido de pertenencia para el cumplimiento del diligenciamiento de los indicadores de gestión por parte de los líderes de los procesos, por la formulación, medición, reporte, análisis y toma de acciones de mejoramiento; con base en los resultados de la medición y seguimiento de los Indicadores de gestión de los procesos.

Acción correctiva	Evidencia de Implementación	Fecha
Capacitación a los líderes de procesos y/o encargados del reporte, diligenciamiento, análisis y toma de acciones de mejoramiento, con base en los Indicadores de Gestión,	Listados de asistencia a Capacitaciones	

establecidos en la Matriz de Política, objetivos e Indicadores de Gestión Cod: PE-GPD-MT-04		
Evaluación de Entendimiento de la Capacitación a los líderes de procesos y/o encargados del reporte, diligenciamiento, análisis y toma de acciones de mejoramiento, con base en los Indicadores de Gestión, establecidos en la Matriz de Política, objetivos e Indicadores de Gestión Cod: PE-GPD-MT-04	Registro de la Evaluación de entendimiento y compromiso de los líderes de los procesos. Plan de Incentivos Institucional en cuenta y oficio de cumplimiento de los indicadores de gestión de los procesos	
Generación del ítem dentro del Plan de Incentivos Institucional para el mejoramiento de los compromisos, junto con oficio de estricto cumplimiento por parte de los líderes de los procesos. El seguimiento mensual (o aplicable) de los indicadores, estará dado por la frecuencia de medición establecida para medir la eficacia del SGC: • Reporte de los Indicadores de Gestión - Diligenciamiento de los Indicadores de Gestión • Análisis y toma de acciones de mejoramiento, con base en los Indicadores de Gestión, establecidos en la Matriz de Política, objetivos e Indicadores de Gestión Cod: PE-GPD-MT-04	Registro de la Evaluación de entendimiento y compromiso de los líderes de los procesos. Plan de Incentivos Institucional en cuenta y oficio de cumplimiento de los indicadores de gestión de los procesos	

SOLICITUD DE ACCIÓN CORRECTIVA		No. 3 de 7
[ ] No - Conformidad Mayor [X] No - Conformidad Menor	Norma(s): ISO 9001: 2015	Requisito(s): 7.2 a) y d)

Descripción de la no Conformidad:

La organización no cuenta con la evidencia necesaria de la competencia de las personas que realizan trabajos bajo su control y que pueden afectar el desempeño del sistema de gestión.

Evidencia:

Coordinador de aseo: profesional Universitario; Raghunatha Torres Leal: Con ingreso de junio de 2023, Examen ingreso (posterior) del 11 de julio de 2023 y sin firma, sin checklist de verificación de competencia, sin inducción posterior al contrato.

Subgerente general operativa (coordinador de aseo y recolección): Dayana Camargo Pedraza; sin checklist de verificación de HV, con inducción del 10 de mayo de 2023, sin inducción de contratación: sin examen de ingreso.

Asesora contractual: profesional universitario gestión contractual: Lina María Rico: con contrato del 01 de enero de 2023, con inducción (posterior) del 10 de mayo 2023: con examen (extemporáneo) del 12 de enero de 2023.

Sin perfil definido de auditor externo de calidad o funciones de auditor líder definidas.

Corrección	**Evidencia de Implementación**	**Fecha**
Realización de las Correcciones al proceso de Ingreso del Coordinador de aseo profesional Universitario; Raghunatha Torres Leal: Con ingreso de junio de 2023: • Firma en Examen ingreso del 11 de julio de 2023 • Realización del Check List de verificación de competencia • Realización de la Reinducción al cargo	Evidencias en Hv del cargo	
Realización de las Correcciones a los procesos y documentos de la Subgerente general operativa (coordinador de aseo y recolección) Dayana Camargo Pedraza: • Checklist de verificación de HV • Re-Inducción al Cargo • Realización de Examen Médico respectivo (o aplicable a la fecha de la propuesta de acción).	Evidencias en Hv del cargo	
Realización de las Correcciones a los procesos y documentos de la Asesora contractual profesional universitario gestión contractual Lina María Rico con contrato del 01 de enero de 2023: • Reinducción al cargo 2024 • Realización de Examen de Periódico (o aplicable a la fecha de la propuesta de acción).	Evidencias en Hv del cargo	
Establecimiento del perfil definido de auditor externo de calidad o funciones de auditor líder definidas, dentro del Procedimiento PR-MC-05 Procedimiento De Auditoría Interna y demás aspectos relevantes que clarifiquen la gestión de las Auditorías Internas de la Entidad.	Procedimiento PR-MC-05 PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍA INTERNA	

Descripción de la (s) causas (s)

Con base en lo estipulado en el Procedimiento de levantamiento de Acciones correctivas Cod: PV-CI-PR-02; se generan reuniones interdisciplinarias, con la participación de los líderes de procesos, Gerencia, Calidad y demás involucrados, teniendo en cuenta que la entidad debe establecer nuevas directrices para el área de Talento Humano, se tiene hojas de vida de funcionarios que no se han realizado la debida inspección documental, así como también el cumplimiento de los elementos de la Lista de Chequeo de Verificación, debido a que es necesario información documentada clara para robustecer los mecanismos de inducción, reinducción y análisis de hojas de vida de los funcionarios, se genera la siguiente conclusión:

Factor Resultante: MÉTODO: Se evidencia falta de procesos y procedimientos claros y metodologías que aseguren el cumplimiento de los requisitos normativos y procesos de recolección de evidencias contractuales en los funcionarios de la entidad.

Acción correctiva	Evidencia de Implementación	Fecha
Generación de Resolución gerencial, en donde se establezcan las obligaciones a establecerse en el proceso de Gestión del talento humano, en cuanto a: • Realización de los Exámenes Médicos ocupaciones de Ingreso, periódicos y de Egreso • Realización de los procesos de Inducción/reinducción a los cargos y funcionarios de la entidad - Realización de los CheckList de verificación y demás requisitos contractuales para funcionarios de planta	Listados de asistencia a Capacitaciones	
Reestructuración de la documentación de los sistemas de seguridad y salud en el trabajo y del Sistema de gestión de la calidad, en cuanto a: • Realización de los exámenes Médicos ocupaciones de Ingreso, periódicos y de Egreso • Realización de los procesos de Inducción/reinducción a los cargos y funcionarios de la entidad -Realización de los CheckList de verificación y demás requisitos contractuales para funcionarios de planta	Registro de la Evaluación de entendimiento y compromiso de los líderes de los procesos. Plan de Incentivos Institucional en cuenta y oficio de cumplimiento de los indicadores de gestión de los procesos	
Socialización de los cambios y documentos pertinentes de los sistemas de Seguridad y Salud en el trabajo y del Sistema de gestión de la calidad a los líderes de los procesos aplicables, a través de Plan Institucional de Capacitación para el personal administrativo en especial. Para tener un control en la ejecución de los exámenes médicos, inducciones y reinducción, se establece un Registro a modo de Indicador de Talento Humano para su debido seguimiento. • Realización de los exámenes Médicos ocupaciones de Ingreso, periódicos y de Egreso • Realización de los procesos de Inducción/reinducción a los cargos y funcionarios de la entidad -Realización de los Check List de verificación y demás requisitos contractuales para funcionarios de planta	Registro de la Evaluación de entendimiento y compromiso de los líderes de los procesos. Plan de Incentivos Institucional en cuenta y oficio de cumplimiento de los indicadores de gestión de los procesos	
Verificación de la eficacia por medio de evaluación de conocimientos, acerca de los cambios y documentos pertinentes de los Sistemas de Seguridad y Salud en el trabajo y del Sistema de gestión de la calidad a los líderes de los procesos aplicables, donde se demuestre el conocimiento en materia de procesos de Inducción/reinducción a los cargos y	Evidencia de la evaluación de conocimientos a los Líderes de procesos	

funcionarios de la entidad y su estricto cumplimiento, cuando se requieran nuevos funcionarios y/o cambios de puesto de trabajo.		
Revisión y auditoria, en el proceso de auditorías interna anual de la entidad del año 2024, bajo la norma ISO 9001:2015, de la conformidad y actividades de cumplimiento de vinculación legal y procesos de Inducción/re-Inducción del personal nuevo y antiguo.	Informe de auditorías internas vigencia 2024	

SOLICITUD DE ACCIÓN CORRECTIVA		No. 4 de 7
[ ] No - Conformidad Mayor [X] No - Conformidad Menor	Norma(s): ISO 9001: 2015	Requisito(s): 6.1.2 b)

Descripción de la no Conformidad:

La organización no se asegura de identificar y validar adecuadamente las acciones para el tratamiento de sus riesgos y oportunidades.

Evidencia:

Se pudo evidenciar que la organización ha identificado Riesgos / oportunidades y definidos controles de manera conjunta, lo que no permite contar con la certeza de los controles aplicables a cada uno de los riesgos o de la evaluación de los mismos. Identificación de riesgos y oportunidades según matriz: Riesgo número 1 y 2 de planeación y dirección estratégica, no guardan relación los planes y los controles con el riesgo identificado, evaluación conjunta lo que no permite definición de acciones o controles adecuados. En listado de oportunidades se evidencia tabla con criterios de evaluación no coincidentes con los valores usados para la matriz: en oportunidades se definieron criterios 1 – 3, pero en matriz se evalúan con criterio 5 (inexistente como criterio de evaluación)

Corrección	**Evidencia de Implementación**	**Fecha**
Estudio y Re Evaluación de los Riesgos / Oportunidades definidos en la Matriz Cod: PV-CI-MC-MT-01 MATRIZ DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES, re estructurando: • Identificación Pertinente, adecuada y clara de los Riesgos y las Oportunidades establecidas • Determinación de los controles de manera Pertinente y en conjunto con los líderes de Procesos, lo cual permita contar con la certeza de los controles aplicables a cada uno de los riesgos o de la evaluación de los mismos.	Matriz Cod: PV-CI-MC-MT-01 MATRIZ DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES	
Replanteamiento de los Riesgos número 1 y 2 de planeación y dirección estratégica, de forma tal que se asegure que guarden relación los planes y los controles con el riesgo identificado, evaluación conjunta y permita la definición de acciones o controles adecuados	Matriz Cod: PV-CI-MC-MT-01 MATRIZ DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES	
Modificación del Procedimiento Cod: PE-SIG-SGC-PR-05 GESTIÓN DEL RIESGO Y OPORTUNIDADES, determinando los siguientes temas: • Congruencia en cuanto a la Evaluación de las Oportunidades de la matriz y del procedimiento. • Establecimiento de la tabla con criterios de evaluación coincidentes con los valores usados para la matriz: en oportunidades: 1 – 3.	Matriz Cod: PV-CI-MC-MT-01 MATRIZ DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES	

Descripción de la (s) causas (s)

Con base en lo estipulado en el Procedimiento de levantamiento de Acciones correctivas Cod: PV-CI-PR-02, donde se establece la metodología de lluvia de ideas; se generan reuniones interdisciplinarias, con la participación de los líderes de procesos, Gerencia, Calidad y demás involucrados. Teniendo en cuenta que tenemos 17 procesos direccionados, por cada uno de sus responsables realizaron el balance de los riesgos con las más relevantes, sin embargo, la ausencia de la metodología de la socialización de los riesgos generó la siguiente conclusión:
Factor resultante: MÉTODO: Falta de claridad y pertinencia en el Procedimiento establecido,
el cual noes entendido y estudiado a detalle, con el fin de asegurar la trazabilidad en el estudio de la Gestión del Riesgo:
- Planificación e identificación de los riesgos

- Generación de controles pertinentes - Medición del riesgo inherente - Medición del riesgo residual - Determinación de controles pertinentes - Evaluación de los controles		
Acción correctiva	**Evidencia de Implementación**	**Fecha**
Repaso Integral del procedimiento Cod: PE-SIG-SGC-PR-05 GESTIÓN DEL RIESGO Y OPORTUNIDADES, de tal forma que se asegure la Trazabilidad de la Gestión del riesgo y de las Oportunidades, enmarcado en los siguientes temas: • Planificación e identificación de los riesgos • Generación de controles pertinentes • Medición del riesgo inherente • Medición del riesgo residual • Determinación de controles pertinentes • Evaluación de los controles.	Matriz Cod: PV-CI-MC-MT-01 MATRIZ DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES	
Socialización del procedimiento Cod: PE-SIG-SGC-PR-05 GESTIÓN DEL RIESGO Y OPORTUNIDADES, a todos los líderes de los procesos, de tal forma que se les apoye en los temas de, a través de ítem para Plan Institucional de Capacitación, direccionado por la Oficina de Control Interno y la Dependencia de Sistema Integrado de Gestión, estableciendo los siguientes temas: • Identificación pertinente de los riesgos potenciales de sus procesos • Entendimiento de la metodología de la gestión del riesgo • Aplicación de los controles pertinentes	Registro de la Evaluación de entendimiento y compromiso de los líderes de los procesos. Plan de Incentivos Institucional en cuenta y oficio de cumplimiento de los indicadores de gestión de los procesos	
Seguimiento del control y tratamiento eficaz de los riesgos, teniendo en cuenta una agenda de la Oficina de Control Interno, en el que se realizará una medición semestral de la efectividad del control de riesgos, determinando el avance de mitigación de cada uno de los riesgos de cada una de los procesos, en apoyo del SGC, en materia de los temas socializados		

SOLICITUD DE ACCIÓN CORRECTIVA	No. 5 de 7

[ ] No - Conformidad Mayor [X] No - Conformidad Menor	Norma(s): ISO 9001: 2015	Requisito(s): 7.1.5.2

Descripción de la no Conformidad:

La organización no cuenta con la evidencia necesaria de la trazabilidad de las mediciones.

Evidencia:

Se pudo evidenciar que la organización cuenta con macro medidores para el servicio de acueducto en plantas San Felipe 1 y 2, pero estos no cuentan con calibración vigente o certeza de su estado de acuerdo con lo establecido por la autoridad.

Corrección	Evidencia de Implementación	Fecha
Generar el proceso de Control Metrológico de los equipos de macro medición para el servicio de acueducto en plantas San Felipe 1 y 2, estableciendo: • Hoja de vida de los equipos -Elaborar el Programa general de calibración y verificación de equipos de macro medición • Establecimiento de las necesidades de Calibración con Laboratorios Acreditados o toma de acciones, dependiendo de acciones dependiendo del estado de los macro medidores actuales	Hoja de vida de los equipos Programa general de calibración y verificación de equipos de la Planta PTAP	
Calibración, por medio de Laboratorio Acreditado ONAC de los macro medidores para el Servicio de acueducto en plantas San Felipe 1 y 2.	Certificados de Calibración de equipos de macro medición	

Descripción de la (s) causas (s)

Con base en lo estipulado en el Procedimiento de levantamiento de Acciones correctivas Cod: PV-CI-PR-02, Se generan reuniones interdisciplinarias, con la participación de los líderes de procesos, Gerencia, Calidad y demás involucrados, la Subgerencia Operativa evidencia la falta de gestión para el control metrológico de los macromedidores de la PTAP se genera la siguiente conclusión:

Factor predominante: **Método**: No se cuenta con procesos y procedimientos de Calibración de equipos de Macro medición de la Planta PTAP, que aseguren el cumplimiento del requerimiento en trazabilidad metrológica.

Acción correctiva	Evidencia de Implementación	Fecha
Establecer métodos y procedimientos, para la calibración de equipos pertenecientes a la planta PTAP, en los siguientes temas: • Hoja de vida de los equipos • Programa de calibración y verificación de equipos • Establecimiento de las necesidades de calibración con Laboratorios Acreditados -Determinación de la Confirmación metrológica de equipos de medición	Procedimiento Aplicable	
Elaboración de la Confirmación metrológica de equipos calibrados, según la determinación del procedimiento aplicable, en el formato Cod. PM-LAB-FO-39, estableciendo la pertinencia e idoneidad del proceso de Calibración, la Determinación de los EMP (Errores Máx. Permitidos) y la incertidumbre de la medición reportada por el laboratorio de	Procedimiento aplicable y formato de Confirmación metrológica PM-LAB-FO-39	

calibración de equipos de macro medición.		
Seguimiento del control y tratamiento eficaz de los riesgos, teniendo en cuenta una agenda de la Oficina de Control Interno, en el que se realizará una medición semestral de la efectividad del control de riesgos, determinando el avance de mitigación de cada uno de los riesgos de cada una de los procesos, en apoyo del SGC, en materia de los temas socializados		
Revisión y auditoria, en el proceso de Auditorías interna anual de la entidad, bajo la norma ISO 9001:2015, de la conformidad y total trazabilidad metrológica del proceso.	Informe de auditorías internas vigencia 2024	

SOLICITUD DE ACCIÓN CORRECTIVA	No. 6 de 7

[ ] No - Conformidad Mayor	Norma(s): ISO 9001: 2015	Requisito(s):
[X] No - Conformidad Menor		8.5.1 c)

Descripción de la no Conformidad:

La organización no garantiza la Implementación del servicio bajo condiciones controladas.

Evidencia:

Se pudo evidenciar que la organización no cuenta con evidencia de la realización de los análisis de laboratorio y resultados de los monitoreos de calidad de agua durante los sábados y domingos.

Corrección	Evidencia de Implementación	Fecha
Realización de la Planificación de las actividades de análisis de laboratorio y resultados de los monitoreos de calidad de agua durante los sábados, domingos y festivos, estableciendo temas como: • Personal competente para realización de los monitoreos • Instructivo de las pruebas de muestras de calidad de agua: Prueba de turbiedad, prueba de cloro, prueba de PH • Establecer los registros a diligenciar • Determinar los equipos de medición aplicables: Turbidímetro, Kit de cloro y PH.	Acta de la reunión y acuerdos realizados con las partes Interesadas	
Realización y ejecución de las actividades de análisis de laboratorio y resultados de los monitoreos de Calidad de agua durante los sábados, domingos y festivos. • Personal competente para realización de los monitoreos • Personal competente para realización de los monitoreos - Instructivo de las pruebas de muestras de calidad de agua: Prueba de turbiedad, prueba de cloro, prueba de PH - Establecer los registros a diligenciar • Determinar los equipos de medición aplicables: Turbidímetro, Kit de cloro y PH.	Certificados de Calibración de equipos de macro medición	

Descripción de la (s) causas (s)

Con base en lo estipulado en el Procedimiento de levantamiento de Acciones correctivas Cod: PV-CI-PR-02, se generan reuniones interdisciplinarias, con la participación de los líderes de procesos, Gerencia, Calidad y demás involucrados, la Subgerencia Operativa evidencia la ausencia de responsables para el desarrollo de los monitoreos de calidad los fines de semana y festivos respectivos, por ende, se genera la siguiente conclusión:

Factores Predominante: Métodos y Mano de Obra: No se han determinado métodos y procedimientos, previa capacitación al personal para la realización de las actividades de análisis de laboratorio y resultados de los monitoreos de Calidad de agua durante los sábados y domingos.

Acción correctiva	Evidencia de Implementación	Fecha
Control de eficacia por parte del Sistema de gestión de la calidad, con frecuencia trimestral frente a las actividades de análisis de laboratorio y resultados de los monitoreos de Calidad de agua durante los sábados, domingos y festivos.	Registro aplicable para el seguimiento de actividades	
Revisión y auditoria, en el proceso de auditorías interna anual de la entidad, bajo la norma ISO 9001:2015, de la conformidad y actividades de análisis de Laboratorio y resultados de los	Procedimiento aplicable y formato de Confirmación	

monitoreos de Calidad de agua durante los sábados y domingos.	metrológica PM-LAB-FO-39	
Elaboración de los POE (Plan Operativo estandarizado) de forma detallada para la estandarización de las actividades de análisis de Laboratorio y resultados de los monitoreos de Calidad de agua durante los sábados, domingos y festivos. Se entregará de forma específica el cronograma con los días de los monitoreos para los resultados, así mismo el control de registros respectivos para la información.	Procedimiento para análisis de Turbiedad Procedimiento para análisis de PH Procedimiento para análisis de Cloro Procedimiento para Toma de muestra agua potable Procedimiento para la Toma muestra agua cruda Asistencia a la capacitación Evidencia de la evaluación al personal	
Capacitación y evaluación al personal directamente relacionado con actividades de análisis de laboratorio y resultados de los monitoreos de Calidad de agua durante los sábados, domingos y festivos.	Procedimiento para análisis de Turbiedad Procedimiento para análisis de PH	

SOLICITUD DE ACCIÓN CORRECTIVA	No. 7 de 7

[ ] No - Conformidad Mayor [X] No - Conformidad Menor	Norma(s): ISO 9001: 2015	Requisito(s): 4.3

Descripción de la no Conformidad:

La organización no se asegura de determinar adecuadamente el alcance de su sistema de gestión.

Evidencia:

Se pudo evidenciar que la organización ha excluido de su alcance el requisito 8.3 de la norma ISO 9001; exclusión no aplicable teniendo en cuenta que actualmente son responsables de los diseños y optimización de redes y acueducto que se están llevado a cabo a través de diferentes proyectos para mejoramiento de la infraestructura y el servicio: Planta la PIRS y "Contrato de estudios y diseños de la nueva red de aducción"

Corrección	Evidencia de Implementación	Fecha
Estudio de la Aplicabilidad y el/los métodos/s de cumplimiento del numeral 8.3 de la Norma ISO 9001:2015, para los procesos de diseño y optimización de redes y acueducto que en el momento se está llevado a cabo en diferentes proyectos para mejoramiento del servicio: Planta la PIRS y "Contrato de estudios y diseños de la red de aducción., lo anterior modificando los siguientes instrumentos de planificación del SGC: • Alcance del SGC • Mapa de procesos del SGC • Matriz de grupos de interés de la entidad • Matriz de Riesgos de la entidad • Matriz de Política, Objetivos e indicadores de la entidad	Alcance del SGC Mapa de procesos del SGC Matriz de grupos de interés de la entidad Matriz de Riesgos de la entidad Matriz de política, objetivos e indicadores de la entidad	
Determinación y confección de los Requerimientos y Requisitos Documentales del Diseño Y Desarrollo según la norma ISO 9001:2015, para los procesos de diseño y optimización de redes y acueducto que en el momento se está llevado a cabo en diferentes proyectos para mejoramiento del servicio: • Planta la PIRS y "Contrato de estudios y diseños de la red de aducción, en cuanto a: Planificación del diseño y desarrollo • Entradas para el diseño y Desarrollo • Controles del Diseño y Desarrollo • Salidas del Diseño y Desarrollo • Cambios del Diseño y Desarrollo	Documentos procedimientos aplicables al Diseño y Desarrollo	
Implementación y Aplicación eficaz permanente de los métodos, procedimientos y documentos establecidos, para generar la evidencia de los procesos de diseño y optimización de redes y acueducto que en el momento se está llevado a cabo en diferentes proyectos para mejoramiento del servicio: • Alcance del SGC • Mapa de procesos del SGC • Matriz de grupos de interés de la entidad • Matriz de Riesgos de la entidad	Alcance del SGC Mapa de procesos del SGC Matriz de grupos de interés de la entidad Matriz de Riesgos de la entidad	

• Matriz de política, objetivos e indicadores de la entidad • Documentos operacionales del Diseño y el desarrollo de los procesos	Matriz de política, objetivos e indicadores de la entidad	

Descripción de la (s) causas (s)

Con base en lo estipulado en el Procedimiento de levantamiento de Acciones correctivas Cod: PV-CI-PR-02, se generan reuniones interdisciplinarias, con la participación de los líderes de procesos, Gerencia, Calidad y demás involucrados, para garantizar que el estudio de causa raíz sea el pertinente. Estudio de los diseños de redes de aducción y las PIRS, Producto de lo cual, se genera la siguiente conclusión:

Factor predominante: SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN: Falta seguimiento, auditoría y medición de los procedimientos y formas de establecer y hacer evidente el tema de diseño y desarrollo frente a los procesos de diseño y optimización de redes y acueducto que en el momento se está llevado a cabo en diferentes proyectos para mejoramiento del servicio

Acción correctiva	Evidencia de Implementación	Fecha
Seguimientos trimestrales, por parte del SGC, de los métodos, procedimientos y documentos establecidos, para generar la evidencia de los procesos de diseño y optimización de redes y acueducto que en el momento se está llevado a cabo en diferentes proyectos para mejoramiento del servicio.	Registro del Seguimiento del SGC	
Medición del/los indicadores de gestión que aseguren el cumplimiento de los métodos, procedimientos y documentos establecidos, para generar la evidencia de los procesos de diseño y optimización de redes y acueducto que en el momento se está llevado a cabo en diferentes proyectos para mejoramiento del servicio.	Matriz De Política, Objetivos E Indicadores De Gestión Cod: PE-GPD-MT-04	
Revisión y auditoria, en el proceso de auditorías interna de la entidad, bajo la norma ISO 9001:2015, de la conformidad frente a los procesos de D&D: procesos de diseño y optimización de redes y acueducto que en el momento se está llevado a cabo en diferentes proyectos para mejoramiento del servicio.	Informe de auditorías internas vigencia 2024	