La Ceja del Tambo

Empresas Públicas de La Ceja E.S.P

INFORME DE SEGUIMIENTO AUDITORIAS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

OFICINA DE CONTROL INTERNO

02 SEPTIEMBRE 2025

Calle 20 #22-05, La Ceja (Ant)
NIT 811.009.329-0
553 77 88
www.eeppdelaceja.gov.co
esplaceja@eeppdelaceja.gov.co

INFORME DE SEGUIMIENTO AUDITORIAS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

Empresa	EMPRESAS PÚBLICAS DE LA CEJA E.S.P.
Sitio Web	www.eeppdelaceja.gov.co
Fecha	02 septiembre 2025
Objetivo	El objetivo de la OCI va más allá de un simple cumplimiento formal. El propósito es asegurar que el sistema de control interno funcione de manera efectiva para proteger los recursos de la entidad y garantizar su mejoramiento continuo.
Alcance de la Auditorías Internas	**Verificar la eficacia:** Usar herramientas como el Checklist para confirmar que las acciones correctivas funcionaron y que los hallazgos no se repiten. **Gestión de hallazgos pendientes:** Dar especial atención a los hallazgos recurrentes, en particular aquellos relacionados con los mapas de riesgos y los indicadores de gestión. **Validar la documentación:** Asegurarse de que existan las evidencias necesarias que demuestren el cierre efectivo de las no conformidades.
Responsable	Johana Salazar Ocampo.
Documentos de Referencia	• **FO12-EG-10** Informe De Auditoría Interna Final. • **FO02-EG-06** Registro Acciones Correctivas y De Mejora. • **FO01-PG-16** Mapa De Riesgos EEPP de La Ceja Actualización Primer Semestre – 2025. • **FO01-PG-19** Ficha Técnica Indicadores De Gestión.
PROCESOS AUDITADOS/ACTIVIDAD	
01	PLANEAR LA GESTIÓN ORGANIZACIONAL
02	ATENDER AL USUARIO
03	PRESTAR EL SERVICIO DE ACUEDUCTO
04	PRESTAR SERVICIO DE ALCANTARILLADO
05	PRESTAR SERVICIO DE ASEO
06	GESTIONAR LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
07	GESTIONAR MANTENIMIENTO Y METROLOGÍA
08	GESTIONAR TALENTO HUMANO
09	GESTIONAR DOCUMENTOS
10	ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS
11	GESTIONAR FINANZAS
12	EVALUAR LA GESTIÓN ORGANIZACIONAL
13	GESTIONAR ASPECTOS AMBIENTALES
15	PRESTAR SER. DE ANA. DE AGUA

Informe de Seguimiento a las Auditorías Internas

Vigencia 2025 (Elaborado por la Oficina de Control Interno)

1. Introducción

El presente informe tiene como objetivo principal evaluar el estado de la implementación de las acciones correctivas y de mejora resultantes de las auditorías internas y externas de la vigencia 2024, de acuerdo con el Plan de Auditorías Internas 2025. El análisis se fundamenta en la revisión del informe final, FO12-EG-10 INFORME DE AUDITORIA INTERNA FINAL. y el "SEGUIMIENTO A PROCESOS NC - MAPA DE RIESGOS - INDICADORES DE GESTIÓN.", junto con la aplicación del "Checklist de Verificación de Eficacia-análisis de causas y acciones correctivas 2025.

2. Hallazgos de la Auditoría 2025

La auditoría interna de la vigencia 2025, con alcance a todos los procesos del Sistema Integrado de Gestión (SIG), encontró un progreso notable en la consolidación de los sistemas de gestión. Sin embargo, se identificaron puntos críticos recurrentes que demuestran una debilidad persistente en la eficacia del análisis de causas y el seguimiento de las acciones correctivas.

Los hallazgos principales son:

N.2 Se evidencian desviaciones en la determinación de las causas de la no Conformidad.

Evidencia:

En el registro FO02-EG-06 Registro de acciones se evidencia que lo reportado como causas de la desviación no corresponde a la causa para 3 no conformidades de auditoría interna.

Requisito:

ISO 9001:2015 10.2.1.b.2
ISO 14001:2015 10.2.b.2
ISO 45001:2018 10.2.b.2

Seguimiento a su implementación:

Se estructura metodología de análisis de causas y se comparte material de trabajo a todos los líderes de procesos.

El plan de acción se encuentra en proceso de implementación y pendiente evaluar su eficacia con la documentación y análisis de causas de los hallazgos identificados en esta auditoría interna.

- **Mapa de Riesgos:** El seguimiento a procesos muestra que las estrategias para la administración del riesgo en procesos como "Atender al usuario", "Gestionar documentos" y "Gestionar talento humano" se encuentran en estado PENDIENTE. Esta es una no conformidad recurrente.
- **Indicadores de Gestión:** Se evidenció que el análisis y reporte de indicadores clave como el EBITDA y el Índice de Liquidez en el proceso de "Gestionar finanzas" están en estado PENDIENTE. Esta situación representa un riesgo para la toma de decisiones gerenciales.
- **No Conformidades (NC):** Las no conformidades identificadas en auditorías internas y externas anteriores, en procesos como "Prestar servicio de acueducto", "Prestar servicio de alcantarillado" y "Prestar servicio de aseo", continúan sin un cierre efectivo y se registran como PENDIENTE.

En cuanto a la eficacia de acciones frente a las no conformidades de auditoría externa de año 2024, se invita a la organización a revisar las causas y sus respectivos planes de acción para lograr su eficacia.

De acuerdo a lo anterior la OCI realiza seguimiento a cada uno de estas herramientas con la finalidad de cerrar y gestionar oportunamente estas novedades.

SEGUIMIENTO A PROCESOS EE.PP DE LA CEJA 2025

RESPONSABLE	TIPO DE ACTIVIDAD	PENDIENTES	ESTADO	SEGUIMIENTO Y REVISIÓN : PLANEACIÓN & OCI		OBSERVACIONES
				PIMERA REVISIÓN	SEGUNDA REVISIÓN	
Atender al usuario	MAPA DE RIESGOS	4. ESTRATEGIAS PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO	PENDIENTE	21-jul	01-sep	Falta toda la ESTRATEGIA PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO
Gestionar documentos	MAPA DE RIESGOS	4. ESTRATEGIAS PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO	PENDIENTE	21-jul	01-sep	Falta toda la ESTRATEGIA PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO
Gestionar talento humano	MAPA DE RIESGOS	4. ESTRATEGIAS PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO	PENDIENTE	21-jul	01-sep	Falta toda la ESTRATEGIA PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO
Prestar servicio de aseo	MAPA DE RIESGOS	4. ESTRATEGIAS PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO	PENDIENTE	21-jul	01-sep	Riesgo: AL-R7 Falta toda la ESTRATEGIA PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO
Adquirir bienes y servicios	MAPA DE RIESGOS	4. ESTRATEGIAS PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO	PENDIENTE	21-jul	01-sep	Riesgo: AB-R4 Falta toda la ESTRATEGIA PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO
Gestionar la Seguridad y Salud	MAPA DE RIESGOS	4. ESTRATEGIAS PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO	PENDIENTE	21-jul	01-sep	Riesgo: GS-R1 Falta toda la ESTRATEGIA PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO
Planear la gestión organizacional	INDICADORES	NIVEL DE CUMPLIMIENTO PETI	PENDIENTE	21-jul	01-sep	Socializar PU Tics
Prestar servicio de acueducto	INDICADORES	ÍNDICE DE AGUA NO CONTABILIZADA	PENDIENTE	21-jul	01-sep	Faltan 3 meses
Prestar servicio de acueducto	INDICADORES	ÍNDICE DE PÉRDIDA DE AGUA NO FACTURADA	PENDIENTE	21-jul	01-sep	Faltan 3 meses
Prestar servicio de alcantarillado	INDICADORES	DISCONTINUIDAD DEL SERVICIO DE ACUEDUCTO	PENDIENTE	21-jul	01-sep	Faltan 2 meses
Prestar servicio de aseo	INDICADORES	APROVECHAMIENTO RESIDUOS ORGÁNICOS	PENDIENTE	21-jul	01-sep	Faltan 3 meses
Prestar servicio de aseo	INDICADORES	CUMPLIMIENTO MICRO RUTAS BARRIDO	PENDIENTE	21-jul	01-sep	Faltan 2 meses
Gestionar la Seguridad y Salud	INDICADORES	PROPORCION DE MORTALIDAD DE AT	PENDIENTE	21-jul	01-sep	Falta análisis
Gestionar la Seguridad y Salud	INDICADORES	PREVALENCIA DE EL	PENDIENTE	21-jul	01-sep	Falta análisis
Gestionar la Seguridad y Salud	INDICADORES	INCIDENCIA DE EL	PENDIENTE	21-jul	01-sep	Falta análisis
Gestionar mantenimiento y metrología	INDICADORES	CUMPLIMIENTO PLAN DE MANTENIMIENTO	PENDIENTE	21-jul	01-sep	Falta registrar todo
Gestionar documentos	INDICADORES	SOLICITUDES EXTERNAS DE ARCHIVO	PENDIENTE	21-jul	01-sep	Faltan 3 meses
Adquirir bienes y servicios	INDICADORES	VERIFICACIÓN FÍSICA DE INVENTARIOS	PENDIENTE	21-jul	01-sep	Falta registrar todo,este Indicador es Semestral con el Análisis.
Gestionar finanzas	INDICADORES	EFICIENCIA DE RECAUDO	PENDIENTE	21-jul	01-sep	Faltan 3 meses
Gestionar finanzas	INDICADORES	CAPITAL DE TRABAJO	PENDIENTE	21-jul	01-sep	Falta el 2 trimestre
Gestionar finanzas	INDICADORES	EBITDA	PENDIENTE	21-jul	01-sep	Falta el 2 trimestre
Gestionar finanzas	INDICADORES	ÍNDICE DE ENDEUDAMIENTO	PENDIENTE	21-jul	01-sep	Falta el 2 trimestre
Gestionar finanzas	INDICADORES	ÍNDICE DE LIQUIDEZ	PENDIENTE	21-jul	01-sep	Falta el 2 trimestre
Gestionar aspectos ambientales	INDICADORES	APROVECHAMIENTO RESIDUOS PELIGROSOS	PENDIENTE	21-jul	01-sep	Faltan 2 meses
Prestar servicio de acueducto	NO CONFORMIDAD	AUDITORIA INTERNA	PENDIENTE	21-jul	01-sep	NC: 7
Prestar servicio de acueducto	NO CONFORMIDAD	AUDITORIA EXTERNA	PENDIENTE	21-jul	01-sep	NC: 1
Prestar servicio de alcantarillado	NO CONFORMIDAD	AUDITORIA INTERNA	PENDIENTE	21-jul	01-sep	NC: 4
Prestar servicio de alcantarillado	NO CONFORMIDAD	AUDITORIA EXTERNA	PENDIENTE	21-jul	01-sep	NC: 1
Prestar servicio de aseo	NO CONFORMIDAD	AUDITORIA INTERNA	PENDIENTE	21-jul	01-sep	NC: 6
Prestar servicio de aseo	NO CONFORMIDAD	AUDITORIA EXTERNA	PENDIENTE	21-jul	01-sep	NC: 2
Gestionar la Seguridad y Salud	NO CONFORMIDAD	AUDITORIA INTERNA	PENDIENTE	21-jul	01-sep	NC: 4
Gestionar mantenimiento y metrología	NO CONFORMIDAD	AUDITORIA INTERNA	PENDIENTE	21-jul	01-sep	NC: 2
Adquirir bienes y servicios	NO CONFORMIDAD	AUDITORIA INTERNA	PENDIENTE	21-jul	01-sep	NC: 1
Análisis de Agua	NO CONFORMIDAD	AUDITORIA INTERNA	PENDIENTE	21-jul	01-sep	NC: 7

Calle 20 #22-05, La Ceja (Ant)
NIT 811.009.329-0
553 77 88
www.eeppdelaceja.gov.co
esplaceja@eeppdelaceja.gov.co

3. Capacitación en Análisis de Causas y Acciones Correctivas

Así mismo, se realizó capacitación de las herramientas a utilizar de manera efectiva en cuanto al análisis de causas de las no conformidades, resultados de las auditorías internas y/o externas.

El objetivo de la capacitación fue fortalecer las capacidades del personal para identificar y resolver la causa raíz de los hallazgos de auditoría. Se hizo énfasis en que una no conformidad es un síntoma, y corregirla sin analizar su origen solo conduce a la recurrencia del problema.

Se enseñaron y practicaron las siguientes herramientas de manera resumida:

1. **Diagrama Causa-Efecto** (Espina de Pescado):

   Propósito: Visualizar de forma estructurada todas las posibles causas de un problema.

   Aplicación: Se clasifican las causas en categorías como Personas, Procesos, Equipos y Entorno para un análisis completo.

2. **Lluvia de Ideas:**

   Propósito: Generar una amplia lista de ideas sobre las posibles causas en un ambiente colaborativo y sin juicios.

   Aplicación: Se fomenta la participación del equipo para recolectar todas las perspectivas sobre el problema.

3. **Los 5 Porqués:**

   Propósito: Ir más allá de la causa superficial preguntando repetidamente "¿Por qué?".

   Aplicación: Se parte de la no conformidad y se profundiza en las respuestas hasta encontrar la causa fundamental que, al ser eliminada, evita la repetición del hallazgo.

4. Verificación de Eficacia de Acciones Correctivas

Los informes de auditoría interna de 2024 y 2025 revelan una debilidad persistente en la organización: la falta de seguimiento y la ineficacia de las acciones correctivas. Múltiples hallazgos, particularmente aquellos relacionados con los mapas de riesgos e indicadores de gestión, se encuentran en estado PENDIENTE en la vigencia 2025, lo que demuestra que las metodologías anteriores no fueron suficientes para resolver los problemas de raíz.

La OCI aplicó un "Checklist de Verificación de Eficacia" aleatorio para validar si las acciones correctivas están siendo efectivas. El proceso de Gestión Ambiental fue evaluado, SG-SST, Servicio de Aseo y se determinó que la acción correctiva fue eficaz.

El "Checklist de verificación de eficacia" se destaca como una herramienta que rompe este patrón. Al ser aplicado a diferentes procesos, el documento evidencia que:

- **Identifica la Causa Raíz:** A diferencia de otros procesos, el Checklist verifica que se haya utilizado una metodología formal (como la de los 5 Porqués o el Diagrama Causa-Efecto, Luvia de ideas) para ir más allá del síntoma y abordar la causa fundamental del problema.
- **Asegura la Implementación:** Confirma que las acciones correctivas se implementaron de forma oportuna y que existen registros que lo demuestran.
- **Valida los Resultados:** Verifica que la no conformidad no se haya repetido en auditorías posteriores y que se hayan logrado mejoras observables en el proceso.

El documento concluye que la acción correctiva fue eficaz, lo que demuestra que esta metodología sí funciona.

Este hallazgo positivo se sustenta en que:

- Se utilizó una metodología formal para el análisis de la causa raíz. (De acuerdo con la capacitación que se dictó para todo el personal de Nivel administrativo).
- Las acciones implementadas se relacionaron directamente con la causa del problema.
- Existen registros que evidencian su ejecución.
- Se observa una reducción de la recurrencia de hallazgos similares.

Este caso ejemplifica que, cuando se aplica un enfoque sistemático, las acciones correctivas logran su objetivo, lo que sirve como modelo para otros procesos.

Checklist de Verificación de Eficacia – Análisis de Causas y Acciones Correctivas

Documento a revisar: FO02-EG-06 Registro de acciones
Normas de referencia: ISO 9001:2015 – 10.2.1.b.2 / ISO 14001:2015 – 10.2.b.2 / ISO 45001:2018 – 10.2.b.2

Evaluado por:	
Cargo:	
Fecha:	

Proceso / Responsable evaluado:

1. Aplicación de la metodología	**CUMPLIMIENTO**		
¿Se evidencia que se utilizó una metodología formal de análisis de causa (Ishikawa, 5 porqués, Pareto, etc.)?	SI	NO	PA
¿El registro documenta la causa raíz y no solo el síntoma del problema?	SI	NO	PA
¿Las causas identificadas son coherentes con la no conformidad reportada?	SI	NO	PA
2. Implementación de acciones correctivas	**CUMPLIMIENTO**		
¿Las acciones definidas están directamente relacionadas con la eliminación de la causa raíz?	SI	NO	PA
¿Las acciones fueron implementadas en los plazos establecidos?	SI	NO	PA
¿Existen registros que evidencian la ejecución de dichas acciones?	SI	NO	PA
3. Verificación de resultados	**CUMPLIMIENTO**		
¿Se evaluó si la no conformidad se repite o no en auditorías posteriores?	SI	NO	PA
¿Se observan mejoras en los procesos relacionados (reducción de errores, cumplimiento de requisitos)?	SI	NO	PA
¿Los indicadores de gestión reflejan disminución de recurrencia en hallazgos similares?	SI	NO	PA
4. Sostenibilidad y apropiación	**CUMPLIMIENTO**		
¿Los líderes de proceso conocen la metodología y saben aplicarla?	SI	NO	PA
¿Se cuenta con evidencias de capacitaciones o material compartido?	SI	NO	PA
¿Se actualizó la documentación (procedimientos, formatos) según la nueva práctica?	SI	NO	PA
5. Conclusión de eficacia	**CUMPLIMIENTO**		
¿La acción correctiva fue eficaz? (Sí / No / Parcial)	SI	NO	PA
Observaciones:			

Calle 20 #22-05, La Ceja (Ant)
NIT 811.009.329-0
553 77 88
www.eeppdelaceja.gov.co
esplaceja@eeppdelaceja.gov.co

4. Conclusiones y Recomendaciones de la OCI

El análisis de la Oficina de Control Interno concluye que la principal debilidad de la organización radica en la gestión ineficaz y el seguimiento deficiente de los hallazgos de auditorías anteriores. Si bien se ha mejorado en la consolidación del SIG, la repetición de no conformidades relacionadas con los mapas de riesgos y la falta de análisis de indicadores es una señal de alerta.

La efectividad del Checklist frente a la ineficacia general de los demás procesos demuestra que el problema principal no es la falta de hallazgos, sino la falta de una metodología rigurosa para el seguimiento. Este documento es la evidencia de que cuando se aplica un enfoque sistemático, se logra el cierre efectivo de los problemas.

La OCI concluye que "Checklist de verificación de eficacia" es la herramienta clave para transformar los hallazgos pendientes en soluciones duraderas, y su uso debe estandarizarse en todos los procesos de la entidad para garantizar la mejora continua y el fortalecimiento del control interno.

Recomendaciones:

- Estandarizar el Proceso de Seguimiento: Implementar de manera generalizada el "Checklist de Verificación de Eficacia" para asegurar que cada acción correctiva sea analizada y verificada con rigor.

- Priorizar Hallazgos Pendientes: Los líderes de proceso deben priorizar el cierre de las no conformidades relacionadas con el mapa de riesgos y los indicadores de gestión, ya que representan un riesgo significativo para la sostenibilidad de la organización.

- Capacitación en Análisis de Causas: Reforzar la capacitación a los responsables de los procesos en metodologías de análisis de causa raíz para generar acciones correctivas realmente eficaces.

- Documentar Evidencias: Se debe generar y archivar de forma adecuada las evidencias de todas las acciones correctivas para validar el cumplimiento de los planes de mejora y garantizar la trazabilidad para futuras auditorías.

- Se evidencia que en los procesos la mayoría de las NC se da por no la actualización y seguimiento de la matriz de riesgos institucional, así mismo con los indicadores de gestión y la aplicación correcta del análisis de causas.

- En general se evidencia que en los procesos han venido en una constante evolución y consolidación de los sistemas de gestión ya que año tras año, en el ejercicio de la auditorías internas se observa una disminución en las acciones correctivas y de mejora.

JOHANA SALAZAR OCAMPO
Jefe Oficina de Control Interno

Calle 20 #22-05, La Ceja (Ant)
NIT 811.009.329-0
553 77 88
www.eeppdelaceja.gov.co
esplaceja@eeppdelaceja.gov.co

PROCESO AUDITADO (ALCANCE):		Todos los procesos definidos en el Sistema Integrado de Gestión.
OBJETIVO DE LA AUDITORIA:		Verificar el cumplimiento de los requisitos aplicables al sistema integrado de gestión, basado en las normas ISO 9001:2015, ISO 14001:2015 e ISO 45001:2018, en los requisitos legales vigentes, en las disposiciones internas de la entidad (manuales, procedimientos, instructivos, resoluciones, entre otros), y la Ley 87 de 1993 por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones. Evaluar la eficacia y mejora del sistema integrado de gestión. Evaluar el nivel de implementación y eficacia de los hallazgos de auditoría interna y externa anterior.
FECHA DE REALIZACIÒN DE LA AUDITORIA:		Julio 1, 2 y 7 de 2025
FECHA DE ENTREGA DEL INFORME:		Julio 11 de 2025
1.	**AUDITADOS:**	Líderes y participantes de procesos
2.	**EQUIPO AUDITOR:**	Mónica María Escobar García María Elena Aguirre Herrera
3.	**DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA:**	ISO 9001:2015, ISO 14001:2015, ISO 45001:2018 Documentos del Sistema Integrado de Gestión Normatividad Legal aplicable
4.	**ASPECTOS RELEVANTES (FORTALEZAS):**	

<u>Planear La Gestión Organizacional:</u>

- Los diferentes proyectos que se vienen implementando para impactar en los procesos misionales de Empresas Públicas de La Ceja, articulados con el Plan de Desarrollo Municipal, el Plan Estratégico Corporativo y el plan de aacción Institucional, entre ellos:

- Repotenciación de vehículos para el servicio de recolección,
- La instalación de páneles solares para el sistema de bombeo en El Pantanillo.

- El aprovechamiento del 100% de residuos orgánicos y su análisis con ARGOS para el aprovechamiento de estos residuos.
- La priorización de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, y su correlación los proyectos que se tiene establecidos para la organización.

- La metodología implementada para evaluar el nivel de cumplimiento del direccionamiento estratégico; a través de la asignación de peso a los objetivos e indicadores para determinar su nivel de cumplimiento.

- El nivel de cumplimiento del direccionamiento estatégico del 94,58% con una tendencia de crecimiento en los últimos tres años.

- La presentación de los resultados en el informe de revisión por la dirección y su análisis de tendencias, facilitando su presentación y evaluación frente al desempeño y eficacia del Sistema Integrado de Gestión.

Gestionar las Finanzas:

- La estructura y planificación de los indicadores financieros, tales como cartera, EBITDA, liquidez, endeudamiento y capital de trabajo, son fundamentales para el seguimiento efectivo de los recursos de la empresa. El monitoreo constante de estos indicadores permite una gestión adecuada de los flujos de caja, contribuyendo a la estabilidad financiera y la toma de decisiones estratégicas que optimizan la operación en el contexto de los servicios públicos de acueducto, alcantarillado, barrido y manejo de residuos.

Atender al Usuario:

- El control y seguimiento de la atención de los PQRSD, reflejando una gestión oportuna y efectiva de las solicitudes ciudadanas. Esta práctica contribuye al fortalecimiento del enfoque al cliente y a la mejora continua, en coherencia con los lineamientos del Sistema Integrado de Gestión.

- La implementación del comité de PQRSD con frecuencia mensual, lo cual ha facilitado la identificación oportuna de problemáticas y el seguimiento efectivo a las acciones correctivas. Esta práctica refuerza el enfoque de mejora continua y la satisfacción de los usuarios.

- El aumento en el nivel de satisfacción del usuario, pasando del 93 % en 2023 al 95 % en 2024. Este resultado refleja una mejora continua en la calidad del servicio y el cumplimiento de los requisitos del cliente.

- La trazabilidad y el control implementado en el proceso de instalación del servicio, lo cual garantiza seguimiento eficiente, cumplimiento de plazos y mejora en la atención al usuario.

Seguridad y Salud en el Trabajo:

- Los resultados obtenidos en los estadísticos de incidencia y prevalencia de enfermedad laboral. A la Fecha la organización no cuenta con casos de colaboradores con procesos de calificación de enfermedad laboral.

- El acompañamiento brindado al personal para promover espacios de promoción y prevención, frente al cuidado de la salud y el mejoramiento en sus condiciones de trabajo.

Gestionar El Talento Humano:

- El nivel de permanencia del personal, impactando en la preservación del conocimiento de la organización.

- La diferentes actividades de bienestar implementadas; impactando en la satisfacción y sentido de pertenencia del personal.

Servicio de Análisis de Agua:

- La ausencia de PQRs (Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias) de clientes externos, lo que demuestra la satisfacción del cliente y la efectividad de los procesos de la organización, es decir se logra una gestión de las necesidades de manera eficiente, generando lealtad del cliente, recomendaciones positivas y, en última instancia, un aumento en la rentabilidad del negocio.

Servicio de Aseo:

- El aprovechamiento del 100% de los residuos orgánicos, demostrando compromiso con la sostenibilidad ambiental y económica, ya que permite la producción de energía renovable, fertilizantes naturales, y la reducción de la dependencia de recursos naturales y vertederos.

- El resultado de la caracterización de los residuos orgánicos en 2024, con una gestión adelantada para lograr la certificación del Instituto Colombiano Agropecuario (ICA) en el manejo de residuos, son pasos importantes para implementar estrategias de aprovechamiento eficientes y asegurar la salud pública y la seguridad alimentaria.

Prestación del servicio de Acueducto:

- Inicio de operación de la PTAP La Uchovala desde febrero del 2025, con una capacidad para atender de 2200-2500 usuarios, demostrando compromiso con el crecimiento del municipio y la protegiendo la salud pública, previniendo enfermedades transmitidas por el agua y mejorando la calidad de vida de la población.

Prestación del servicio de Alcantarillado:

- La caracterización del agua antes de su vertimiento a la Quebrada La Pereira, porque se asegura que los parámetros de calidad del agua cumplan con los estándares ambientales y no causen daño al ecosistema receptor, los resultados con tendencia a la mejora indican que los esfuerzos de tratamiento y control están funcionando, protegiendo la salud del ecosistema y previniendo la contaminación.

- El cultivo de plantas haciendo uso del abono, logrando embellecer la PTAR.

- La dotación de kits antiderrame crucial para la seguridad industrial y la protección del medio ambiente, permitiendo una respuesta rápida y eficaz ante derrames de sustancias peligrosas, minimizando riesgos para la salud humana y el entorno.

- La expansión de la red de acueducto, la ampliación de la calzada y la reposición de redes de acueducto son proyectos importantes que han mejorado la calidad de vida en el municipio de La Ceja porque se garantiza los servicios básicos para sus habitantes, se asegura un suministro de agua potable confiable y suficiente

para una población en crecimiento, y se ha mejorar la movilidad urbana y la eficiencia de los servicios públicos.

Gestión Ambiental:

- La creación de formularios digitales para la programación de visitas y chequeos operacionales, para facilitar el manejo de la información mantener en tiempo real la data para la toma de acciones en los procesos.
- La medición de la capacidad calorífica de los residuos no aprovechables que llegan al RS, ya tienen resultados, y les sirven el 53% de los residuos que están llegando van a ser aprovechables para ser combustibles para la cementera, esto demuestra el compromiso investigativo de la organización.

- El programa "Recicle con Amor" y la caracterización anual de los recicladores, porque se adopta un reciclador y se soluciona la problemática con los recicladores no formales y para minimizar problemas de seguridad y salud pública. Se hace caracterización anual de los recicladores

- El desarrollo de buenas prácticas ambientales como:
  *El monitoreo a la quebrada La Pereira, como acuerdo con la veeduría, realizado a 8 puntos de muestreo, mensual
  *La educación ambiental, cambia por Talleres Experienciales, con la idea de impactar a las personas que esté en el taller ayuden a plantear soluciones
  *La estrategia de Los Superambientalitos, donde realizan la importancia de separar a los niños, con distintos estímulos para lograr impacto, y también van a ser los Superabuelitos.

- Se realizará la instalación de panes solares con la alianza con EPM, para el bombeo en Pantanillo, demostrando compromiso con la eficiencia energética.

- La instalación de los aireadores y el tratamiento a las lagunas, esto permitió que los lodos quedaron en categoría B mejorando su caracterización, los cuales se pueden usar para el fortalecimiento de taludes.

Compras y bienes (Contratación)

- La confiabilidad de la información y seguimiento a os contratos, demostrando trazabilidad y minimizando riesgos que pueden ser onerosos para la organización.

Mantenimiento y Metrología

- El proyecto del manejo de los indicadores por Power BI, porque facilitara la presentación de la información por cuadros en distintos escenarios que permitirá la toma de acciones a tiempo por mantener información en línea.

5.	ASPECTOS POR MEJORAR (DEBILIDADES):

Planear La Gestión Organizacional:

- La documentación sistemática de los cambios identificados en la empresa, de tal manera que se facilite el seguimento a la implementación y evaluación de su impacto frente a los resultados obtenidos. Tener presente la documentación del cambio frente a la reforma laboral.

- La revisión y actualización de contexto externo de acuerdo con los cambios presentados durante el último semestre; siendo este insumos para la identificación de riesgos y oportunidades.

- El fortalecimiento en la metodología para correlacionar los resultados del contexto interno y externo a través de su metodología DOFA; de tal manera que los resultados obtenidos en este ejercicio sea el insumo para la identificación de riesogs y oportunidades y el seguimiento a la implementación de acciones y controles se direcciones a la metodología de riesgos y oportunidades.

- Mejorar el concepto de partes interesadas y su correlación con la identificación de riesgos y oportunidades; facilitando de esta manera el cumplimiento a sus necesidades y expectativas.

- El fortalecimiento en los concepto de riesgos, oportunidades, causas y consecuencias, facilitando de esta manera la implementación y seguimiento a la acciones y controles establecidos en los riesgos y oportunidades.

- El fortalecimiento en el seguimiento del Plan de Acción Institucional en cuanto a la avance físico respecto al avance financiero; facilitando de esta manera la evaluación de cumplimiento de metas establecids en dicho plan.

- Analizar la pertinencia de incluir en la Revisión por la Dirección, el nviel de implementación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible Priorizados en la organización.

- En fortalecimiento en la presentación de resultados de riesgos y oportunidades, de tal manera que se evidencie la eficacia frente a las acciones y controles implementados para tal fin.

- Es necesario dar continuidad a la presentación de resultados del informe de revisión por la dirección 2024; para la generación de conclusiones y establecimiento de planes de acción para el año actual.

Gestionar las Finanzas:

- Se recomienda fortalecer la identificación de nuevos riesgos financieros derivados de los cambios en el contexto interno y externo. Esto permitirá anticiparse a posibles impactos económicos, mejorar la planificación presupuestal y asegurar la sostenibilidad en el Sistema Integrado de Gestión

- Se recomienda continuar identificando acciones y estrategias efectivas para la recuperación de cartera de difícil recaudo, a fin de mejorar el flujo de caja, reducir costos financieros y garantizar la sostenibilidad económica.

- Se recomienda fortalecer la documentación del análisis de indicadores del proceso, definiendo una política clara para su evaluación periódica, preferiblemente mensual o trimestral. Esto facilitará la toma oportuna de decisiones, evitando análisis anuales que limitan la reacción ante desviaciones en el cumplimiento de metas.

- Se recomienda establecer de manera oportuna las metas de los indicadores del año 2025 que aún no han sido definidas, para asegurar su alineación con los objetivos estratégicos y facilitar el seguimiento del desempeño conforme a lo establecido en los sistemas de gestión integrados

Atender al Usuario:

- La sistematización en el control de la atención de los PQRSD, ya que actualmente se realiza de forma manual, lo cual demanda mayor esfuerzo operativo y puede

generar errores. La digitalización del proceso permitirá un seguimiento más eficiente y alineado con la mejora continua del sistema de gestión.

- El mejoramiento en el análisis de los resultados del indicador de satisfacción, con el fin de facilitar la identificación de acciones correctivas y de mejora.

Evaluar la Gestión Organizacional:

- El fortalecimiento en la identificación de riesgos de auditoría alineándose con el enfoque basado en riesgos de la norma NTC ISO 19011:2018; permitiendo tomar decisiones oportunas para lograr los objetivos establecidos en la auditoría.

- Analizar la pertinencia de implementar "Inspecciones Gerenciales", realizadas por los líderes de cada servicio; de tal manera que realicen seguimiento a la implementación de acciones y controles para impactar en la calidad, la gestión ambiental y la seguridad y salud en el trabajo.

Seguridad y Salud en el Trabajo:

- El fortalecimiento en el seguimiento a la implementación del plan de trabajo del SG-SST, ya que se identificaron actividades ejecutadas que no han sido marcadas y otras no ejecutadas sin justificación ni estado de aplazamiento. Esto podría afectar la trazabilidad y el cumplimiento de la Resolución 0312 de 2019 y Decreto 1072 de 2015.

- Analizar la pertinencia de incluir en la metodología de gestión del cambio la normatividad legal aplicable, con el fin de asegurar el cumplimiento de los requisitos del SG-SST y garantizar que los cambios no generen riesgos legales ni operativos.

- Es necesario asegurar que el personal involucrado en accidentes de trabajo grave reciban capacitación en autocuidado, plan de acción derivado de la investigación del Accidente de Trabajo; esta acción refuerza la cultura de seguridad y contribuye a la mejora continua del SG-SST.

- La revisión y actualización de los diferentes programas de Vigilancia Epidemiológica establecido en la organización; para que sean incluidos elementos de acuerdo con las necesidades establecidas por el personal y los diferentes procesos de la organización.

- Contiuar con la documentación del programa de Prevención de Riesgo Químico para su posterior implementación.

- La elaboración de un cronograma para la realización de simulacros que garantice su implementación en todas las sedes de la organización. Esta medida fortalecerá la capacidad de respuesta ante situaciones de riesgo en cada una de las operaciones.

- Es necesario intensificar la frecuencia en el análisis de los datos asociados a los indicadores de gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, entre ellos: Ausentismo laboral, frecuencia de AT y Severidad de AT; especialmente aquellos definidos con medición mensual; lo anterior, permitirá tomar decisiones más oportunas y fortalecerá el seguimiento al cumplimiento de los objetivos organizacionales.

- La creación de ficha de indicadores para la siguientes mediciones solicitadas en la resolución 0312 de 2019:
  - AT mortales
  - Incidencia de enfermedad laboral
  - Prevalencia de enfermedad labora

- La selección y reporte sistemático de indicadores de estructura, proceso y resultado propuestos en el Decreto 1072 de 2015. Nota: Cada organización define cuales son pertinentes implemntar para el Sistema de Gestión.

- Es necesario incluir en la conservación de información documentada el Procedimiento Seguro para Desatascar el Material Vegetal de la Biotrituradora; utilizando el formato FO06-ST-13 Análisis de Tarea Segura establecido para tal fin.

- El fortalecimiento en la firma por el representante legal de los accidenres de trabajo grave generados en la organozación, asegurando el cumplimiento de los establecido en la Resolución 1401 de 2007.

- El fortalecimiento en la correlación entre las acciones derivadas de la investigación de accidentes de trabajo graves y las medidas de intervención registradas en la matriz de peligros y riesgos. Este ajuste permitirá una trazabilidad clara y coherente entre la causa del evento y su control.

- Es necesario incluir en la matriz de peligros y riesgos el factor biológico asociado a mordeduras de perros y gatos, identificado en áreas como la planta de tratamiento de aguas residuales (PTAR) y el relleno sanitario; lo cual permitirá una gestión más precisa del riesgo y sus medidas de intervención.

- Se evidencia la necesidad de planificar y ejecutar la auditoría interna del Plan Estratégico de Seguridad Vial (PESV) con una frecuencia anual, conforme a lo establecido en la Resolución 40595 de 2022. Esta acción garantiza el cumplimiento normativo y contribuye a la mejora continua en la gestión de la seguridad vial dentro de la organización.

- Es necesario incluir los temas específicos del decreto 1072 de 2015 en el informe de revisión por la dirección del Sistema Integrado de la Organización; facilitan el consolidación y presentación de resultados para la alta dirección.

Gestionar El Talento Humano:

- La documentación sistemática de los cambios identificados en la empresa, de tal manera que se facilite el seguimento a la implementación y evaluación de su impacto frente a los resultados obtenidos. Tener presente la documentación del cambio frente a la reforma laboral.

- Fortalecer la evaluación de eficacia de formaciones; a tavés de la implementación de diferentes metodología que ayuden a evaluar el nivel de cumplimiento de los objetivos establecidos en cada proceso de formación.

- Analizar la pertinencia de incluir en el plan de formación institucional el curso de las 50 horas de SST; de tal manera que es facilite su control y seguimiento a la actualización la cual se realiza cada 3 años.

- Analizar la pertinencia de estudiar e implementar elementos relacionados con el modelo EFR de la Fundación Mas Familia de España; como elemento de alto valor para seguir impactando en el bienestar y satisfacción del personal.

Servicio de Análisis de Agua:

- Agilizar la gestión de que sea entregado los certificados pendientes, de tal manera que se evite riesgos para demostrar la competencia.

- Continuar aplicando los requisitos de la ISO 17025, para aumentar la capacidad de generar resultados válidos y confiables, lo que a su vez facilita la aceptación de sus informes y certificados en diferentes mercados no solo a nivel nacional sino internacional, además de reducir la necesidad de repetir pruebas.

- Revisar y ajustar el tiempo de aplicación de la encuesta de satisfacción, es conveniente que este tiempo sea mayor a tres meses después de terminado el año o el periodo a evaluar, para no caer en incumpliendo.

- Revisar y ajustar el método para el análisis de las causas, tal que se logre identificar la raíz del problema, y se logre proponer acciones contundentes.

Servicio de Aseo:

- Agilizar la actualización de PGIRS, tal que se logre el cubrimiento según el crecimiento del municipio.

- En los vehículos revisar y ajustar las compuertas para evitar fugas de lixiviado.

- Revisar y ajustar la alineación entre el objetivo y los indicadores como métodos de medición, desde la caracterización, tal que se logre una conclusión objetiva del cumplimiento del objetivo del proceso.

- Ajustar desde el método para el manejo de los indicadores, el funcionamiento desde el Excel del semáforo, tal que se facilite la identificación de alertas para el análisis para la toma de acciones.

Prestación del servicio de Acueducto:

- Considerar la posibilidad de automatizar en los tanques la medición del nivel, tal que minimice riesgos de rebose.

- Conviene dejar la secuencia del recorrido a las bocatomas en la bitácora, dejando claro quien realizó el recorrido, hora y novedades, tal que se facilite el trazo de la información.

- Considerando que están migrando la información para llevarse virtualmente, se invita a:
  *Dotar de equipo de cómputo la PTAP La Uchovala.
  *Asegurar la formación al operador de la planta y así minimizar el uso de papel y lograr el manejo en línea de la información desde la dirección operativa.
  *Evitar el WS y los correos como base de datos para guardar información, ya que, son para agilizar la comunicación.
  *Revisar la frecuencia de aplicación de los chequeos, además conviene separar lo chequeado a la ducha de seguridad de lo chequeado al kit de antiderrame.

- Tomar acciones para la acumulación de exceso de agua en los lechos de secado, tal que se facilite el proceso de secado, incremente la eficiencia del sistema y se minimicen o eviten problemas de olores y proliferación de microorganismos no deseados.

- Para evitar contaminación del agua, se invita a:
  *Revisar la zona de la salida de la filtración, para evitar el ingreso de agua lluvia y contaminantes al agua por dejar espacios descubiertos a la intemperie.
  *Evitar durante la toma de muestras en el tanque de almacenamiento dejar sin tapa el punto de muestreo, por los riesgos de riesgos de contaminación del agua

- Revisar y ajustar los indicadores como métodos de medición, considerando el objetivo del proceso, tal que puedan arrojar resultados válidos.

Prestación del servicio de Alcantarillado:

- Realizar seguimiento continuo a las acciones propuestas en la gestión de la renovación del permiso de vertimiento, que tiene fecha de vencimiento en el año 2027.

- Se invita a revisar los indicadores con los que se está midiendo el objetivo según la caracterización del proceso de la PTAR, tal que se logre su alineación con el método de medición que lleven a arrojar resultados válidos.

- Continuar con el avance en el manejo de la data por medio del Power BI, esto les permitirá un fácil acceso a los resultados para la toma de acciones en el proceso.

- Fortalece el estándar de actividad segura para a la actividad Mantenimiento de las lagunas, tal que se propongan acciones a aplicar sin importar si la actividad es subcontratada, considerando los peligros y riesgos

- Para evitar la enfermedad del tinnitus en las personas, se invita a considerar la posibilidad de realizar la medición de ruido dentro de la PTAR.

Gestión Ambiental:

- Agilizar la gestión para lograr la certificación ICA para el abono, con el fin de que se pueda usar con tranquilidad de que no generará impactos ambientales negativos y que se logre su comercialización.

- Acoger metodología análoga al reporte de los peligros por aporte del personal, para que desde cada sitio también se reporte los aspectos ambientales en condiciones normales, anormales y en potencia de emergencia, y se facilite la valoración de los impactos ambientales y la propuesta de los controles.

- La campaña con la comunidad en el manejo de detergentes, minimizando la contaminación del agua residual favoreciendo la vida acuática.

- Para fortalecer la gestión con el cambio climático, se invita a:
  *Adoptar un método para ejecutar un diagnostico en cambio climático que permita identificar el grado de madurez de la organización en este tema.
  *A partir del diagnóstico proponer el pan de trabajo con metas escalonadas

- Para las formaciones brindadas, se invita a proponer de acuerdo al objetivo de la formación el método para medir la eficacia, es decir dejar claro desde el objetivo el "para que" de la formación, esto facilita la identificación de dicha metodología.

- Afianzar la diferenciación entre los aspectos ambientales que son controlables de los que son influenciables, tal que sean contundentes los controles a aplicar.

- Es conveniente avanzar en los métodos de medición del desempeño ambiental, tal que se trascienda la medición de la operatividad hacia la medición de la estrategia ambienta organizacional, acelerando por ejemplo la medición e la huella de carbono para que no sea solo una intención.

Compras y bienes (Contratación)

- Revisar y ajustar el acceso a la información, tal que se logre mayor agilidad en el proceso y se maneje en línea para evitar dos versiones de la misma.

- Se invita a revisar los indicadores con los que se está midiendo el objetivo según la caracterización del proceso de compras, tal que se logre su alineación con el método de medición que lleven a arrojar resultados válidos, además de incluir el compromiso con la rentabilidad de la organización

- Conocer, estudiar y aplicar los principios de la ISO 55001 sobre gestión de activos, con el fin de facilitar el proceso de dada de baja o de aplicación del principio de Economía Circular.

- Se invita a incluir entre los criterios a solicitar a los contratistas la MPVIR y la MAIA en términos de la organización, tal que se facilite sus análisis comparativos y la definición de controles a aplicar al contratista según la actividad a ejecutar. Además, se invita a incluir entre los criterios el esquema de vacunación para el personal operativo, considerando los riesgos.

- Llevar las estadísticas de la evaluación del producto para que se facilite y se logre mayor objetividad en la evaluación del proveedor.

Mantenimiento y Metrología

- Incluir en el control operacional, los criterios ambientales a chequear en los aires acondicionados.

- Revisar y ejecutar el inventario de los transformadores, tal que se asegure su actualización en la página del entre controlador.

6.	DESCRIPCION DE NO CONFORMIDADES	
#	DESCRIPCION	
	Proceso: Planear La Gestión Organizacional	
1.	**HECHO**	No se evidencia **seguimiento a la eficacia de las acciones tomadas frente a los riesgos y oportunidades** Identificados en el Sistema Integrado de Gestión, entre ellos:
	DATO	el riesgo del proceso de getionar finanzas, en cuanto a la demo ra en la formulación e implementación de planes acción.
	REQUISITO	ISO 9001:2015. 6.1.2.b.2 ISO 14001:2015. 6.1.4.b.2 ISO 45001:2015. 6.1.4.b.2
	Proceso: Evaluar la Gestión Organizacional	
2.	**HECHO**	No se evidencia **Planes de acción correctivos y de mejora** en el Sistema Integrado de Gestión.
	DATO	Gestionar Finanzas: No se evidencia plan de acción correctivo por incumplimiento de la meta del indicador de liquidez, correspondiente al año 2024. Todos los procesos: No se logró evidenciar el establecimiento de acciones correctivas y de mejora, correspondiente a los meses de enero a junio del año 2025.
	REQUISITO	ISO 9001:2015. 10.1 y 10.2 ISO 14001:2015. 10.2 y 10.3 ISO 45001:2018. 10.2 y 10.3

	Proceso: Seguridad y Salud en el trabajo	
3.	**HECHO**	No se evidencia implementación sistemáticas de los **exámenes médico ocupacionales de periódicos y de retiro**.
	DATO	- En cuanto a la realización de exámenes médicos de retiro para la funcionaria Kimberlee Cacua - PU de la Planta de Laboratorio, no se logro evidenciar la realización de pruebas de laboratorio de acuerdo con losestablecido en el Profesiograma con fecha de actualización de junio 16 de 2025. - No se evidencia realización de pruebas de alcohol y drogas, para el colaborador Ferley Hernando Bedoya - Conductor, donde la prueba se debe realizar con una frecuencia anual. La última prueba realizada fue en el mes de mayo de 2024.
	REQUISITO	Numeral. 8.1.1. ISO 45001:2018 Resolución 0312 de 2019 - 3.1.4
4.	**HECHO**	No se evidencia implementación de los **esquemas de vacunación** establecidos en el OD08-TH-02. programa de Control de Riesgo Biológico - Versión 04 del 6-11-2022; encontrando:
	DATO	- La vacuna antirrábica e influenza no se está implementando. - Para la colaboradora Esperanza Henao no se evidencia aplicación de hepatitis A. - Para los colaboradores Norma Usma y Ferley Bedoya no se evidencia aplicación de hepatitis A y refuerzo de tétano.
	REQUISITO	ISO 45001:2018 8.1.1. Decreto 1072 2015 Artículo 2.2.4.6.8. Resolución 0312 2019 - 3.1.2.

5	**HECHO**	No se logró evidenciar la **planificación de actividades** que tiene establecido la organización en el FO13-GA-05 y no se evidencia **reporte y análisis de los indicadores** establecidos en dichos programas.
	DATO	Sistemas de Vigilancia Epidemiológico definidos por la organización.
	REQUISITO	ISO 45001:2018 8.1.1. 9.1.1. y 9.1.3 Decreto 1072 2015 Artículo 2.2.4.6.8. Resolución 0312 2019 - 3.1.2.
6	**HECHO**	No se cuenta con **curso de las 50 horas de SST** para los comités relacionados con seguridad y salud en el trabajo.
	DATO	Seguridad y Salud en el Trabajo: - No se logró evidenciar realización del curso de las 50 horas para los integrantes del COPASST y brigada de emergencia. Gestionar el Talento Humano: - No se logró evidenciar realización del curso de las 50 horas para los siguientes integrantes del Comité de Convivencia Laboral: karla Cristina Marulanda Villada Juan Fernando Medina García
	REQUISITO	Numeral ISO 45001:2018 - 7.2.c Resolución 4927 de 2016 Art. 2.

7	**HECHO**	No se evidencia registros del **seguimiento a la implementación de las medidas de intervención resultantes de los peligros y riesgos en SST**
	DATO	Peligros y Riesgos identificados en los procesos.
	REQUISITO	Resolución 0312 de 2019 - 4.2.2.
	Proceso: Servicio de análisis de agua	
8	**HECHO**	No se conserva la información documentada en la extensión necesaria para tener confianza en que los procesos se han llevado a cabo según lo planificado
	DATO	Según el instructivo para la toma de muestras de agua, cadena de custodia y recepción de muestras IN15-AN-39, indica que se debe diligenciar el formato FO15-AN39 programación muestreo de agua: *Para los clientes La Cimarrona y Guarne que se toman muestra diariamente. no se está haciendo uso del formato. *No se evidencia este registro con la programación para el mes de julio de 2025 *En la pared se cuenta con la programación de junio, pero no se especifica al cliente.
	REQUISITO	ISO9001:2015: 8.1 e 1
9	**HECHO**	No se implementa el control de los procesos de acuerdo con los criterios
	DATO	En el laboratorio se evidencia: *Ducha de seguridad con muro como condición insegura y piso liso, la inspección de la ducha es generalizada no contempla señalización, ubicación, acceso. *Cámara de bioseguridad con la tapa ubicada en el piso *2 contenedores negros con bolsas blancas *3 contenedores de colores distintos a los especificados en el código de colores definido por la organización.
	REQUISITO	ISO9001:2015: 8.5.1.d ISO 14001: 8.1

		ISO45001:2018: 8.1.1.b
10	**HECHO**	No se lleva a cabo la calibración o verificación, o ambas, a intervalos especificados, o antes de su utilizar los equipos de medición
	DATO	Se evidencia los siguientes equipos sin calibración: *Balanza usada en la prueba de mesófilos códigos 00166 *Nevera con muestras biológicas entre ellas la 0939, su última calibración el 13/05/2024
	REQUISITO	ISO9001:2015: 7.1.5.2.a 9001
11	**HECHO**	No se utilizan los medios apropiados para identificar las salidas, cuando sea necesario, para asegurar la conformidad de los productos y servicios
	DATO	*Para la muestra 1503 del cliente Cimarrona del 2025-06-30 en la etiqueta falta la siguiente información: PH, cloro residual, fecha, hora, responsable *En la nevera se observan frascos ámbar de 100ml con agua destilada sin identificar
	REQUISITO	ISO9001:2015: 8.5.2
12	**HECHO**	No se realiza el seguimiento de las percepciones de los clientes del grado en que se cumplen sus necesidades y expectativas
	DATO	Los resultados de la encuesta de satisfacción del año 2023, no es claro el origen de la información, se evidencia incipiente el análisis de resultados, no se cuenta con la ficha técnica de la encuesta que especificaría la confiabilidad de los resultados, el porcentaje de error, la fecha de aplicación, tamaño de muestreo y tipo de muestreo Para el año 2024 a la fecha no se ha aplicado la encuesta de satisfacción.
	REQUISITO	ISO9001: 9.1.2
13	**HECHO**	Los métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación necesarios no aseguran resultados válidos

	DATO	Para los indicadores especificados desde la caracterización del proceso de laboratorio, se tiene: *Aunque se cuenta con los resultados a junio del 2024 para el Piccap, no se define ficha técnica del indicador que indique entre otra información, su formulación, y no se cuenta con análisis comparativos de la tendencia. *No se está midiendo el indicador tiempo de entrega de informes, tampoco se cuenta con ficha técnica del indicador
	REQUISITO	ISO9001:2015: 9.1.1.b
14	**HECHO**	Los planes de acción no son apropiados a los efectos de las Nc declaradas
	DATO	Para las 10Nc detectadas según informe del laboratorio departamental de Salud Pública, visita del 1 de abril de 2025 y fecha del informe del 10 de mayo del 2025, las acciones propuestas no son coherentes con las causas.
	REQUISITO	ISO14001:2015: 10.2. 1 ISO45001: 10.2
	Proceso: Servicio de Aseo	
15	**HECHO**	No se conserva la información documentada en la extensión necesaria para tener confianza en que los procesos se han llevado a cabo según lo planificado
	DATO	*El procedimiento de Operación de la báscula camionera que está dentro del procedimiento de disposición final de residuos sólidos PR05-AS-03, especifica en el numeral 8 del flujograma que se lleva por medio de un software, pero en la actualidad no está funcionando y se está ejecutando manualmente, según FO05-AS06. *No se cuenta con registros desde hace 8 días del seguimiento realizado por medio del GPS, de la verificación aleatoria de las nuevas rutas, según se especifica en el proceso FC-68 macrorutas y microrutas de recolección selectiva

	REQUISITO	ISO9001:2015: 8.1 e 1
16	**HECHO**	No se implementa el control de los procesos de acuerdo con los criterios
	DATO	Centro de operaciones: *Zonas con residuos especiales y posconsumo sin identificar, además de disponer en el sitio un soplador equipos para “dar de baja” sin clasificar, ni embalar como RAES. *Colchones húmedos ubicados directamente al suelo *2 canecas de aceite hidráulico ubicados en área sin clasificar, sin contención y sin identificación bajo el sistema globalmente armonizado, no se cuenta con las hojas de seguridad. *2 bultos de aserrín ubicados debajo de almacenamiento de llantas, y se declara que son para atender derrames. *Contenedores en 2 puntos ecológicos negro, verde y blanco todos tres con bolsas negras. Recolección en el vehículo WPS527 *Tarro con agua sin identificar *botiquín con alcohol sin fecha de vencimiento y tapado con plástico en la tapa, *no se cuenta con protocolo para atender derrames (PON) Relleno Sanitario En zona de almacenamiento de sustancias químicas: *Extintor ubicado con riesgo de caída *Garrafa con mezcla de aceite 2T y gasolina sin identificar ausencia de las hojas de seguridad En zona de rompimiento: *Actividad ejecutada directamente en el suelo sin permeabilización, s evidencia zona encharcada de lixiviado.
	REQUISITO	ISO9001:2015: 8.5.1.d, c ISO 14001: 8.1 ISO45001:2018: 8.1.1.b

17	**HECHO**	No se asegura la capacidad de cumplimiento de requisitos legales y reglamentarios aplicables al servicio
	DATO	Evidencia *Se lleva a cabo la operación del vaso V en el Relleno Sanitario sin cobertura incumpliendo la Resolución 0938 del 2019 en su artículo 2 sobre las condiciones de diseño y operación que especifica que la cobertura es diaria. *A pesar de contar con la cobertura vegetal después del cierre y clausura del vaso III según el ARTÍCULO 2.3.2.3.17. del Decreto 1784 de 2017, se evidencia que durante la ejecución de canaleta se dispusieron los residuos con lixiviados sobre el la cobertura vegetal del vaso III.
	REQUISITO	ISO9001:2015: 8.2.3.1 d
18	**HECHO**	No se identifican los peligros ni se evalúan los riegos en situaciones de emergencia potenciales No se identifican los Aspectos ambientales, ni se valoran los Impactos Ambientes en condiciones anormales y las situaciones de emergencia razonablemente previsibles
	DATO	No se identifican los Peligros y Riesgos, ni los Aspectos e Impactos ambientales para: *Se lleva a cabo la operación del vaso V en el Relleno Sanitario sin cobertura incumpliendo la Resolución 0938 del 2019 en su artículo 2 sobre las condiciones de diseño y operación que especifica que la cobertura es diaria. *A pesar de contar con la cobertura vegetal después del cierre y clausura del vaso III según el ARTÍCULO 2.3.2.3.17. del Decreto 1784 de 2017, se evidencia que durante la ejecución de canaleta se dispusieron los residuos con lixiviados sobre el la cobertura vegetal del vaso III.

	REQUISITO	ISO14001:2015: 6.1.2 b ISO45001:2018: 6.1.2
19	**HECHO**	Los resultados del análisis deben utilizarse para evaluar el desempeño y la eficacia del sistema de gestión.
	DATO	No se cuenta con los análisis para los resultados de los siguientes indicadores: *Cumplimiento de microrutas de barrido para los meses desde febrero a septiembre del año 2024, ni para los meses de enero a junio del 2025. *Aprovechamiento residuos orgánicos *Disposición final residuos *Inservibles
	REQUISITO	ISO9001:2015: 9.1.3.c
20	**HECHO**	Los métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación necesarios no aseguran resultados válidos
	DATO	No se cuenta con los resultados de los siguientes indicadores del Relleno Sanitario: *Seguimiento al cumplimiento de la normatividad legal vigente. *Seguimiento a la ejecución de los programas del PGIRS * *Seguimiento a los indicadores de gestión. *Garantizar niveles de compactación final adecuados de los residuos inservibles.
	REQUISITO	9.1.1.b 9001
	<u>Proceso: Prestación del servicio de Acueducto:</u>	
21	**HECHO**	No se conserva la información documentada en la extensión necesaria para tener confianza en que los procesos se han llevado a cabo según lo planificado
	DATO	Aunque se cuenta con el Manual Operativo de Seguridad MOS, M-OP-002, V02 del 4 de marzo del 2025, subcontrato: SEGURTEC, se evidencia: *No se cuenta con el Manual de Operación de la Planta La Uchuvala en el lugar de trabajo y no es conocido por el operador de la PTAP. *El manual de la plata La Ochuvala presenta un flujograma, que especifica que se cuenta con dos

		tanques de almacenamiento y la planta solo tiene un tanque de almacenamiento.
	REQUISITO	ISO9001:2015: 8.1 e 1
22	**HECHO**	No se asegura de que los formatos se lleven por los medios definidos y con los controles de la versión especifica.
	DATO	El instructivo para la determinación de los parámetros físico del agua IN03-AC-29, V05 especifica el uso de los formatos FO03-AC-04 para los registros del test de jarras, y este se lleva en un cuaderno manual el cual es personal del operario, y no está en el control de la documentación
	REQUISITO	ISO9001:2015: 7.5.2.b
23	**HECHO**	No se mantiene la infraestructura necesaria para la operación de sus procesos y lograr la conformidad de los productos y servicios
	DATO	Durante el recorrido a la PTA¨P, La Uchuvala, se evidencia incumplimiento a lo definido en el Procedimiento Mantenimiento de las plantas de tratamien0t de agua potable PRO3-AC-03, V05: *Según los registros de la bitácora, no se evidencian registros que demuestren la frecuencia del mantenimiento de las bocatomas, que según comunicado No. 220 del 24 de abril del 2024, directriz de Dirección de laboratorio y plantas por medio de memorando, especifica que el mantenimiento a las bocatomas debe hacerse una vez por turno excepto en el turno de 22:00 a 06:00 *En el plan de mantenimiento y metrología de los equipos y las unidades de los frentes de trabajo FO07-MM-09 V6, no contempla la planificación de las bocatomas relacionada con las fuentes La Sangrada, La Selva, La Peña, La Uchovala *El plan de mantenimiento del desarenador especifica que debe hacerse cada 6 meses y la PTAP tiene 3 meses y se observan condiciones inadecuadas de aseo por formación de moho, y según registro del 5 de junio desde el WS del operador de la planta especifica

		que se llevó a cabo un mantenimiento al desarenador en dicha fecha.
	REQUISITO	ISO9001:2015: 7.1.3
24	**HECHO**	No se implementa el control de los procesos de acuerdo con los criterios
	DATO	En la PTAP La Uchuvala, se evidencia: *Ducha de seguridad instalada con muro a su alrededor y ubicada generando condiciones inseguras. En el laboratorio de la PTAP, se evidencia: *No se publica la curva de cloro *Pimpina con residuos líquidos sin tapa *Contenedores en punto ecológico, los tres con bolsas verdes y con los mismos residuos. *En el software Saimyr se especifica la medición de la variable cloro residual, pero en el cuaderno manual no se está llevando *El kit de antiderrame contiene más cosas que las chequeadas en la planilla de inspección de Elementos de Emergencias. *Control de residuos FO13-GA-07 V2, solo tiene un registro del 21 de marzo del 2025, especifica 5Kg y solo inservibles. No hay registro de neutralización de residuos químicos *Para el lavado de filtros de tiene un consumo significativo de agua.
	REQUISITO	ISO9001:2015: 8.5.1.d, c ISO 14001: 8.1 ISO45001:2018: 8.1.1.b
25	**HECHO**	No se lleva a cabo la calibración, a intervalos especificados, o antes de su utilizar los equipos de medición, además de no identificar y protege contra daños que pueda invalidar la medición
	DATO	*PHmetro nuevo, no tiene identificación y se evidencia con moscas pegadas. Se llevan registro de verificación del pHmetro FO15-AN-11 V5 desde el 4 de junio del 2025, porque no se ha realizado su calibración que venció en el mes de mayo del 2025.

		*No se cuenta con el equipo de medición para el pesaje de los residuos, por declaración especifican que se calcula a ojo
	REQUISITO	ISO14001:2015: 9.1.1 ISO9001:2015: 7.1.5.2bc
26	**HECHO**	No se mantiene el conocimiento y la comprensión del estado de cumplimiento de los requisitos legales.
	DATO	No se está cumpliendo lo establecido en la Concesión de aguas otorgada por CORNARE para fuentes La Sangrada, La Selva, La Peña, La Uchovala, considerando que el registro del caudal diario tratados en la PTAP La Uchovala PTAR FO03-AC-23, para el 1 de julio se evidencia la medición de un solo caudal entre 8 y 16 l/s, medido al ingreso en la regleta de la canaleta Parsha donde ya se juntan las aguas de las cuatro fuentes, el cual aunque no sobre pasa la suma del total de caudal otorgado que es 4 fuentes que 17,5 l/s, no se mide el caudal otorgado por fuente. Además se evidencia dos mediciones distintas en el caudal de entrada, con la regleta de la canaleta Parsha y con la regleta del tanque.
	REQUISITO	ISO14001:2015: 9.1.2. c)
27	**HECHO**	No se toman acciones correctivas ante una no conformidad
	DATO	No se cuenta con las acciones correctivas para el incumplimiento de los siguientes indicadores: *IANC: no se cumple desde el año 2023, se hace en forma general: la meta es del 15%, resultado en promedio del 23%. Aunque se cuenta con análisis donde se identifica que la causa raíz es que solo tiene macromedidor de salida Las PTAPs: La Uchovala, Milagrosa y Fátima y están malos los macromedidores y en Palo Santo no hay, y se proponen estrategias, pero no se lleva la acción correctiva según procedimiento de mejoramiento. Pérdidas de agua no facturada: que presenta el mismo análisis del IANC.

	REQUISITO	ISO9001:2015: 10.2 ISO14001:2015: 10.2
	Proceso: Prestación del servicio de Alcantarillado:	
28	**HECHO**	No se implementa el control de los procesos de acuerdo con los criterios
	DATO	Durante el recorrido al PTAR, se evidencia: *Durante la actividad de medición del pH y la Temperatura del agua de entrada, se evidencia el no uso de guantes, ni de tapabocas, considerados en los habladores ubicados en el punto de la medición. *Se evidencia lixiviado caer directamente al suelo desde contenedores azules usados para la recolección de sólidos en el proceso, con rotos hechos para lograr la deshumectación, sin contención. *El protocolo de visitantes para la entrada a la PTAR no contempla como disponer residuos, ni puntos de encuentro en caso de presentare un evento. *Se evidencia bultos con abono, ubicados en zona sin identificar y medio tapados con plástico a la intemperie. *Debilidades en la identificación de la mezcla de gasolina y aceite 2T usada para la actividad de guadañar *Material de construcción si identificar *Caneca con agua lluvia potencial de proliferación de moscos
	REQUISITO	ISO14001:2015: 8.1 ISO45001:2015: 8.1.1.b
29	**HECHO**	Los equipos de medición No se calibrar o verificar, o ambas, a intervalos especificados, o antes de su utilización, contra patrones de medición trazables a patrones de medición internacionales o nacionales; cuando no existan tales patrones, debe conservarse como información documentada la base utilizada para la calibración o la verificación
	DATO	*En la verificación del equipo medidor del pH realizada el 28 de junio, no se evidencia el uso de la pero no se usó el buffer de pH10, es decir no se está asegurando las mediciones precisas en los diferentes rangos.

		*No se puede identificar los registros que demuestren la verificación del equipo de medición del pH, que según declaración en auditoria debe realizarse cada 15 días. *Además el equipo de medición del pH 01162 no está calibrado, según registro su última calibración fue en mayo del 2024.
	REQUISITO	ISO9001:2015: 7.1.5.2.a
30	**HECHO**	No se determina los aspectos ambientales de sus actividades, productos y servicios que puede controlar y de aquellos en los que puede influir, y sus impactos ambientales asociados, desde una perspectiva de ciclo de vida
	DATO	En la Matriz MAIA FO13-GA02 V3 del 10/09/2020, no contempla aspectos ambientales ni los impactos ambientales para: *Presencia de felinos *Lavado de ropa (uso de lavadora)
	REQUISITO	ISO14001:2015: 6.1.2
31	**HECHO**	Los métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación necesarios no aseguran resultados válidos
	DATO	Desde la caracterización FE-02, se evidencia: *La definición de indicadores como Cobertura, continuidad y satisfacción de usuario, y no presentan indicadores de calidad. *Contempla indicadores que miden el servicio de acueducto y en este caso se debe medir es el servicio de alcantarillado. *No se cuenta con la medición de los indicadores especificados en el seguimiento.
	REQUISITO	ISO9001:2015: 9.1.1b.
32	**HECHO**	Las acciones correctivas no son apropiadas a los efectos de las no conformidades detectadas
	DATO	Para el indicador "Reposición redes de alcantarillado" no se cumple con la meta para el 2024 porque la inversión se va para proyectos, tiene análisis, pero la acción no es coherente con la causa identificada.

	REQUISITO	ISO9001:2015: 10.2.1
	Proceso: Gestión Ambiental:	
33	**HECHO**	No se establece objetivos ambientales para las funciones y niveles pertinentes, teniendo en cuenta los aspectos ambientales significativos de la organización
	DATO	No se cuenta con objetivo ambiental para los siguientes Aspectos Ambientales clasificados como Significativos en la Matriz MAIA FO13-GA02 V3 del 10/09/2020: *Utilización de materiales e insumos en general *Bombeo Captación
	REQUISITO	ISO14001:2015: 6.2.1
34	**HECHO**	No se determina los aspectos ambientales de sus actividades, productos y servicios que puede controlar y de aquellos en los que puede influir, y sus impactos ambientales asociados, desde una perspectiva de ciclo de vida
	DATO	En la Matriz MAIA FO13-GA02 V3 del 10/09/2020, no contempla aspectos ambientales ni los impactos ambientales para: *No considera la planta de producción de hipoclorito que se encuentra parada *Contención de lixiviado en conteneros con rotos en su base *Uso de transformadores *Uso de aires acondicionados
	REQUISITO	ISO14001:2015: 6.1.2
35	**HECHO**	No se mantiene el conocimiento y la comprensión del estado de cumplimiento de los requisitos legales
	DATO	La Matriz Legal ambiental no contempla: *Decreto 0670 de 2025 *Ley 2173 del 2021 No se realiza seguimiento a las concesiones por fuentes y a los permisos de vertimiento.

	REQUISITO	ISO14001:2015: 9.1.2. c)
	Proceso: Compras y bienes (Contratación) :	
36	**HECHO**	Los resultados del análisis deben utilizarse para evaluar el desempeño y la eficacia del sistema de gestión.
	DATO	Para los siguientes indicadores se evidencia análisis incipientes que no facilitan la toma de acción: *Indicador: Verificación física de inventarios, año 20204 un resultado de 97% incumplimiento la meta del 100%. *Indicador Confiabilidad de proveedores, considera como meta confiabilidad del 90% de proveedores A, no es clara la calificación A.
	REQUISITO	ISO9001:2015: 9.1.3.c
	Proceso: Mantenimiento y Metrología:	
37	**HECHO**	No se mantiene la infraestructura necesaria para la operación de sus procesos y lograr la conformidad de los productos y servicios, en cuanto a edificios y servicios asociado
	DATO	No se cuenta con plan de mantenimiento de la infraestructura, por declaración en auditoria se especifica que se atiende las novedades que se van presentado
	REQUISITO	ISO9001:2015: 7.1.3.a
38	**HECHO**	Los métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación necesarios no aseguran resultados válidos
	DATO	El objetivo indicado en la caracterización de proceso de mantenimiento, especifica oportunidad, calidad del servicio, pero solo se cuenta con un Indicador denominado cumplimiento del plan de mantenimiento, para el cual no se cuenta con la información del indicador para el 2025.
	REQUISITO	ISO9001:2015: 9.1.1b.
7.	**RESULTADO DE ACCIONES CORRECTIVAS DE NO CONFORMIDADES DE AUDITORIAS ANTERIORES SOLUCIONADAS Y PENDIENTES.**	

Auditoría Exerna Icontec 2024

Nº DEL REPORTE	DESCRIPCIÓN DEL ESTADO DE LA ACCIÓN	¿EFICAZ? SI	¿EFICAZ? NO
N.1	Se evidencian desviaciones en implementar, controlar y mantener los procesos necesarios para cumplir los requisitos del sistema de gestión de la SST y para implementar las acciones determinadas de acuerdo a los establecido y con la conservación de la información para verificar que se han llevado a cabo **Evidencia:** Operaciones – recolección En el control preoperacional del vehículo receptor WPS527, se reporta estado de las llantas como “bueno”, sin embargo, se evidencia en campo llanta trasera deteriorada, por estar en uso la llanta de repuesto. El reporte de daño de llanta es el 17 de noviembre y no se ha reparado.En el relleno sanitario, en la apertura de material orgánico, se evidencia la disponibilidad y uso de cuchillos en la operación, algunos de ellos en estado deficiente y no se evidencia el control establecido em la matriz para ello (elementos cortopunzantes): establecimiento de “estándar” y mantenimiento de herramientas. Condiciones locativasEn el área de descanso del personal en el parqueadero, se identifican tomas eléctricos sin tapas, o con tapadas defectuosas. En el relleno sanitario, en el área de vestier y cafetín del personal operador de evidencia: - Lockers asignados a los colaboradores en mal estado: oxidados y con tapas defectuosas. - Tomas eléctricos abiertos, bombillos sin soporte adecuado, cables eléctricos mal ubicados. - ducha y baño sin puerta, se tiene una cortina y en el sitio se puede transitar personal durante el baño y cambio de ropa. Oficina asignada para labores administrativas propias y de contratistas con vidrio roto em la ventana. Los puestos de trabajo en condiciones inadecuadas: escritorio y computador a altura superior al nivel de los ojos y sin protección o control para a luz solar a la que está expuesta la pantalla. En la estación de bombeo pantanillo: -No se ha determinado como verificar las condiciones de confiabilidad, resistencia, de las escaleras de acceso a las labores de desarenado (escaleras metálicas fijas al muro) y de las escaleras de acceso al tanque de aire del compresor que se suministra a terceros para realizar el mantenimiento de este. -No se considera el control sobre las condiciones, cumplimiento, de los controles establecidos en el ATS de limpieza del desarenador. Desviaciones en el manejo de sustancias químicas En el parqueadero de operaciones se encuentra en el área de almacenamiento de materiales de redes cemento, cal, limpiador de PVC, sin identificación de peligrosidad e información de seguridad y recipientes sin identificar contenido. No se considera compatibilidad para el almacenamiento. Se evidencia un recipiente con rótulo de Urea automotriz y contiene herbicida. En el relleno sanitario, se encuentra: en el área de descanso recipiente con solución lechosas, identificado como “veneno” sin conocer la naturaleza de este y su grado de peligrosidad. En el área de almacenamiento de la guadaña se encuentra combustibles y aceite, sin la identificación del producto y peligrosidad adecuada. La HS del hipoclorito de sodio sin actualizar (de 2017). No se dispone de todas las HS de los productos de uso actual. EPPEn el área de rompimiento de bolsas, relleno sanitario, se evidencian guantes para dotación almacenados dentro de equipo en desuso del área, afectando el mantenimiento de las condiciones adecuadas En el proceso de redes de identifica el no uso e EPP asignados a la labor: oficial de segunda Diego Valencia realiza actividad de canchado sin uso de gafas; Oficial de primera Gabriel Villada conduce moto MEF 91F sin el uso de las rodilleras asignadas Requisito ISO45001:2018: 8.1.1.c		NO

	Seguimiento a su implementación Aunque se evidencian chequeos operacionales y se realizan las correcciones, se observa que el análisis de causas los hacen por cada evidencia, y es esta la razón por la cual no se logra eficacia, y se continua evidenciando debilidades en el control operacional. Se invita a replantear la causa para proponer acción con mayor contundencia y poder eliminar el probema.	
N.2	Se evidencian desviaciones en la determinación de las causas de la no conformidad Evidencia: En el registro FO02-EG-06 Registro de acciones se evidencia que lo reportado como causas de la desviación no corresponde a la causa para 3 no conformidades de auditoría interna. Requisito: ISO 9001:2015 10.2.1.b.2 ISO 14001:2015 10.2.b.2 ISO 45001:2018 10.2.b.2 Seguimiento a su implementación: Se estructura metodología de análisis de causas y se comparte material de trabajo a todos los líderes de procesos. El plan de acción se encuentra en **proceso de implementación y pendiente evaluar su eficacia** con la documentación y análisis de causas de los hallazgos identificados en esta auditoría interna.	Parcial
N.3	Se evidencian desviaciones en la implementación del control de los procesos de acuerdo con los criterios de operación **Evidencia:** Se evidencia falencias en el empalme de una de las tubería de lixiviados que sale del relleno con la tubería que conduce al sistema de tratamiento de lixiviados. No se evidencia que se esté tratando el lixiviado antes de enviarlo a la planta de tratamiento de aguas residuales Requisito ISO14001:2015: 8.1 Seguimiento a su implementación Se evidencia la acción contundente para las falencias que se presentaban en la tubería de lixiviados que sale del RS con al tubería que conduce al sistema de tratamiento de lixiviados. Se invita a organizar la información propuesta en la acción correctiva para que se tenga a la mano en el momento que la soliciten en la auditoría externa.	Parcial
N.4	Se evidencian desviaciones en controlar los riesgos para la SST, que surgen de las actividades y operaciones de los contratistas que impactan en la organización asegurarse de que los requisitos de su sistema de gestión de la SST se cumplen	SI

	Evidencia: No se evidencia de los controles operacionales durante la ejecución de las actividades realizadas por terceros: En la ampliación de redes de la quebrada la Cristalina em el sector del Tambo. Contrato 129 de 27 septiembre de 2024, realizado por “Construcciones Carlos y Cristóbal ingeniería SAS”, los controles se orientan a verificación documental de requisitos y no se tiene evidencia de los controles durante la ejecución, de 9 octubre a 12 de noviembre.No se evidencia control asociad a la realización de actividades en la ejecución del contrato 119, contratista Acuambiente Ltda., en el suministro e instalación de bombas en estación de bombeo Pantanillo el día 18 septiembre de 2024. En el relleno sanitario de identifica:Para el contratista Bioexplora almacenamiento inadecuado de materiales:-Cemento con sacos abiertos y desconociendo la naturaleza de los materiales almacenados contiguo a estos. -Almacenamiento de bidones de combustible, gasolina, son las condiciones adecuadas de identificación de peligros y protección en caso de derrames. Para el contratista Soluciones Ambientales SAS, operador del minicargador, almacenamiento de gasolina en ligar sin identificación de peligros y controles adecuados frente al nivel de peligro Requisito ISO 45001:2018: 8.4.1.2.a Seguimiento a su implementación: Se evidencia la gestión con contratistas eficaz, con información trazable confiable, además con la asignación de responsables para la supervisión de cada uno de los contratos, sin embargo, es importante retomar cada una de las acciones que se propusieron en el plan de acción, tal que se logre tener cada una de las evidencias como información documentadas en fotografías y en archivos pertinentes que demuestren la implementación eficaz.	

8 CONCLUCIONES GENERALES

Durante el ejercicio de la auditoría interna al Sistema Integrado de Gestión bajo las normas ISO 9001:2015, ISO 14001:2015 e ISO 45001:2018, se dio cumplimiento al plan de auditoría aprobado por la organización. Sin embargo, el plan no contempló un tiempo específico para evaluar diseño y desarrollo en los procesos misionales. En Seguridad y Salud en el Trabajo se dio cobertura al cumplimiento del Decreto 1072 de 2015 y Resolución 0312 de 2019, pero no se alcance a evaluar los requisitos de Seguridad Vial establecidos en la Resolución 40595 de 2022. Es importante que la organización planifique y desarrollo auditoría anual al cumplimiento de requisitos de Seguridad y Salud en el Trabajo y Seguridad Vial bajo los requisitos legales como. Decreto 1072 de 2015, Resolucuón 0312 de 2019 y Resolución 40595 de 2022; debido a que esta auditoría es de oblogatorio cumplimiento.

Durante el ejercicio de la auditoría se resalta el posicionamiento que tiene la empresa en el Municipio, los resultados de nivel de satisfacción y control en sus PQRSD; el conocimiento y receptividad del personal para aceptar de manera positiva las oportunidades identificadas durante el ejercicio; al igual que los resultados de IRCA, caracterización de lodos para la producción de abono; el compromiso para lograr la

certificación ICA abono; el compromiso demostrado en la protección y la prevención de la contaminación en la quebrada La Pereira, lugar donde se realizan los vertimientos; el inicio de la operación del a PTAP de la Uchuvala.

En cuanto a los resultados obtenidos en la auditoría se identifican hallazgos de incumplimiento relacionados principalmente con: Control metrológico, cumplimiento de concesiones de agua a nivel ambiental, operación en el relleno sanitario, separación de residuos desde la fuente evidenciando que utilizan el mismo color de bolsa para los 3 tipos de contenedores (Blanco, verde y negro), control operacional, mantenimiento e infraestructura, actualización de los diferentes programas de Sistema de Vigilancia epidemiológica con su respectivos cronogramas, reportes y análisis de indicadores; implementación sistemática de exámenes médico ocupacionales (Periódico y de retiro), reporte y análisis sistemático de indicadores con sus respectivos planes de acción frente al incumplimiento de metas. Correlación de los indicadores con los objetivos de los procesos. Fortalecimiento en la correlación entre contexto y partes interesadas para la identificación de riesgos y oportunidades. Fortalecimiento en la comprensión y generación de conciencia para la identificación de aspectos e imapctos ambientales.

En cuanto a la eficacia de acciones frente a las no conformidades de auditoría externa de año 2024, se invita a la organización a revisar las causas y sus respectivo planes de acción para lograr su eficacia.

Mónica María Escobar García

María Elena Aguirre Herrera

_____ FIRMA AUDITOR

_____ FIRMA AUDITADO

Gmail

ANALISIS DE CAUSAS

13
Mail
1
Chat
Meet

Redactar

Recibidos 13
Destacados
Pospuestos
Enviados
Borradores 56
Más

Etiquetas

AUSTERIDAD EN EL GAS...
DERECHO DE PETICIÓN ...
DEUDA PUBLICA 2024
GESTIÓN DE EMPALME ...
INFORMES DE GESTION
INFORMES SUI - MIRS U...
ITA 2023
Preguntas adicionales d...
RENDICIÓN DE CUENTA...
SIG
TAREAS AL SEMAFORO
TAREAS PENDIENTES

Socialización – Métodos para identificar la causa raíz de una No Conformidad

Resume este correo electrónico

PU Proyectos Estratégicos <proyecto.estrategico@eeppdelaceja.gov.co>
para Dirección, Dirección, Dirección, Dirección, Director, Coordinador, Gestión, Compras, mí, Directora

Traducir al español

Cordial saludo,

En el marco del cierre de la No Conformidad identificada durante la auditoría externa al compartimos la presentación **"Métodos para identificar la causa raíz de una No Co**

Esta socialización tiene como objetivo fortalecer las capacidades del equipo en el uso de una gestión más eficaz de los hallazgos y acciones correctivas.

Agradecemos su revisión. Cualquier inquietud o comentario puede ser canalizado a trav

Se anexa presentación en formato PDF para consulta.

Quedo atento a sus comentarios;

Empresas Públicas de La Ceja E.S.P.

Fredy Carmona Bedoya
P.U Proyectos Estratégicos
Calle 20 # 22 05 – La Ceja del Tambo, Antioquia
Tel: (604) 553 77 88 Ext. 2589
Sede Administrativa Punto CIEM
proyectos@eeppdelaceja.gov.co

Un archivo adjunto • Analizado por Gmail

Métodos para identificar la causa raíz de una No Conformidad

Aplicación práctica en contextos operativos – Empresas Públicas de La Ceja E.S.P.

Empresas Públicas de La Ceja E.S.P

Cuidando a La Ceja, con Servicios Públicos de Calidad

Empresas Públicas de La Ceja E.S.P

¿Por qué buscar la causa raíz?

Cuando solo corregimos lo evidente, los problemas se repiten.

Buscar la causa raíz permite:

- ✓ Eliminar el verdadero origen del problema
- ✓ Evitar soluciones superficiales
- ✓ Fortalecer los procesos críticos
- ✓ Prevenir recurrencias

Cuidando a La Ceja, con Servicios Públicos de Calidad

Resumen de métodos más utilizados

- 5 Porqués (5 Whys)
- Diagrama de Ishikawa (Espina de Pescado)
- Árbol de Fallos (FTA)
- Matriz Causa-Efecto
- Diagrama de Pareto (Regla 80/20)

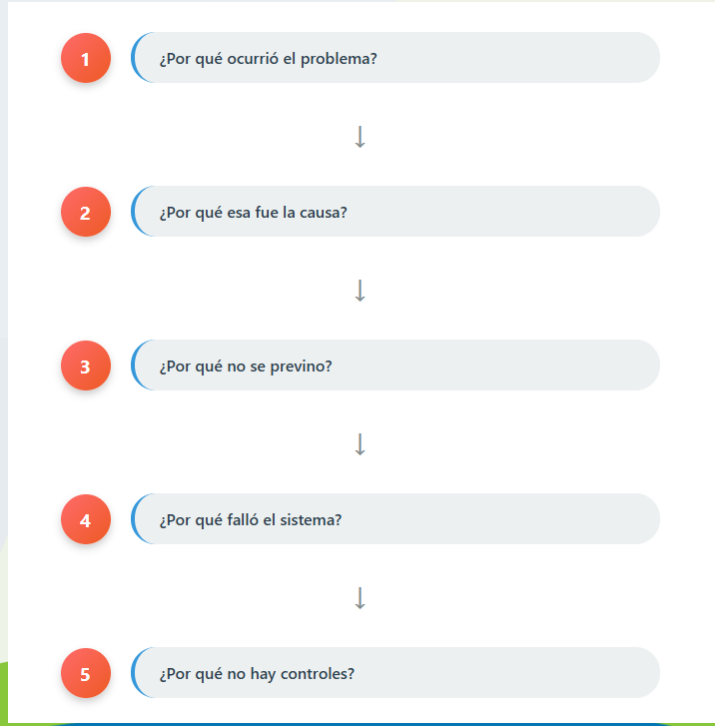
1. 5 Porqués (5 Whys)

Preguntar repetidamente “¿Por qué?” hasta encontrar la causa raíz.

Ideal para problemas simples o puntuales.

Ventajas:

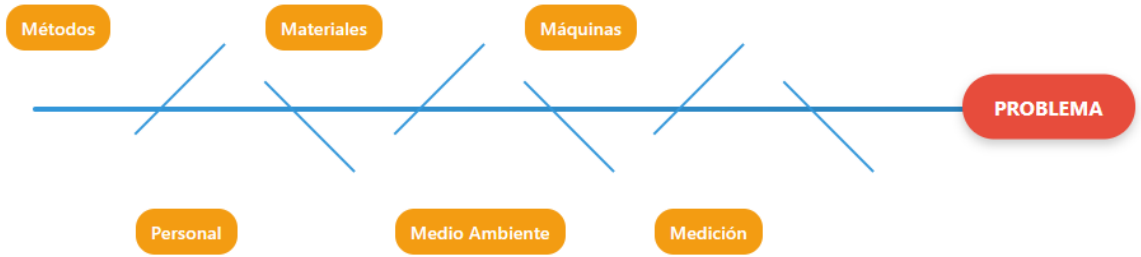
- ☑ Fácil de aplicar
- ☑ No requiere herramientas
- ☑ Fomenta la reflexión en equipo



Empresas Públicas de La Ceja E.S.P

2. Diagrama de Ishikawa (Espina de Pescado)

Organiza causas potenciales por categorías: Personas, Métodos, Maquinaria, Materiales, Medio ambiente, Medición.



Ventajas:

- ☑ Muy visual
- ☑ Estructurado
- ☑ Útil para lluvia de ideas grupal

Cuidando a La Ceja, con Servicios Públicos de Calidad

3. Árbol de Fallos (FTA)

Parte de una no conformidad y se ramifica hacia posibles causas.
Se usa en contextos técnicos o complejos.

Ventajas:

- ✓ Sistémico y profundo
- ✓ Ideal para análisis preventivo
- ⚠ Requiere tiempo y conocimiento técnico

4. Matriz Causa-Efecto

Relaciona múltiples causas con múltiples efectos.

Se presenta en forma de tabla.

	Efecto A	Efecto B	Efecto C	Efecto D
Causa 1	ALTO	BAJO	MEDIO	BAJO
Causa 2	MEDIO	ALTO	BAJO	ALTO
Causa 3	BAJO	MEDIO	ALTO	MEDIO
Causa 4	ALTO	BAJO	MEDIO	ALTO

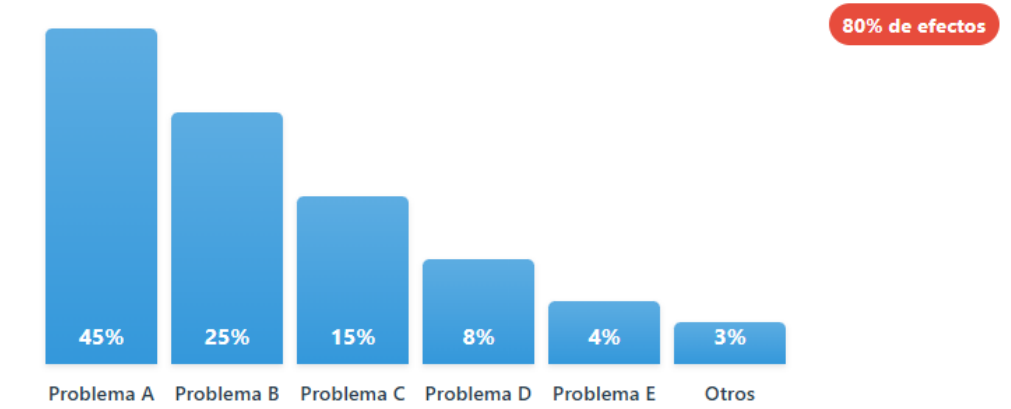
Ventajas:

- ☑ Claridad visual
- ☑ Ideal para problemas complejos
- ☑ Útil para priorizar soluciones

Empresas Públicas de La Ceja E.S.P

5. Diagrama de Pareto (Regla 80/20)

Gráfico que identifica causas más frecuentes de un problema.



Ventajas:

- ✓ Prioriza causas relevantes
- ✓ Basado en datos
- ✓ Complementa otros métodos con Ishikawa o 5 Porqués

Cuidando a La Ceja, con Servicios Públicos de Calidad

Conclusión final

Analizar la causa raíz no busca culpables, sino soluciones.

Aplicar métodos estructurados fortalece la gestión, mejora la calidad y previene la repetición de errores.

“No se trata de tapar el hueco, sino de evitar que se vuelva a abrir.”

Cuidando a La Ceja,
con Servicios Públicos
¡de Calidad!

Empresas Públicas de La Ceja E.S.P

SEGUIMIENTO A PROCESOS EE.PP DE LA CEJA 2025

RESPONSABLE	TIPO DE ACTIVIDAD	PENDIENTES	ESTADO	SEGUIMIENTO Y REVISIÓN : PLANEACIÓN & OCI		OBSERVACIONES
				PIMERA REVISIÓN	SEGUNDA REVISIÓN	
Atender al usuario	MAPA DE RIESGOS	4. ESTRATEGIAS PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO	PENDIENTE	21-jul	01-sep	Falta toda la ESTRATEGIA PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO
Gestionar documentos	MAPA DE RIESGOS	4. ESTRATEGIAS PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO	PENDIENTE	21-jul	01-sep	Falta toda la ESTRATEGIA PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO
Gestionar talento humano	MAPA DE RIESGOS	4. ESTRATEGIAS PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO	PENDIENTE	21-jul	01-sep	Falta toda la ESTRATEGIA PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO
Prestar servicio de aseo	MAPA DE RIESGOS	4. ESTRATEGIAS PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO	PENDIENTE	21-jul	01-sep	**Riesgo:** AL-R7 Falta toda la ESTRATEGIA PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO
Adquirir bienes y servicios	MAPA DE RIESGOS	4. ESTRATEGIAS PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO	PENDIENTE	21-jul	01-sep	**Riesgo:** AB-R4 Falta toda la ESTRATEGIA PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO
Gestionar la Seguridad y Salud	MAPA DE RIESGOS	4. ESTRATEGIAS PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO	PENDIENTE	21-jul	01-sep	**Riesgo:** GS-R1 Falta toda la ESTRATEGIA PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO
Planear la gestión organizacional	INDICADORES	NIVEL DE CUMPLIMIENTO PETI	PENDIENTE	21-jul	01-sep	Socializar PU Tics
Prestar servicio de acueducto	INDICADORES	ÍNDICE DE AGUA NO CONTABILIZADA	PENDIENTE	21-jul	01-sep	Faltan 3 meses
Prestar servicio de acueducto	INDICADORES	ÍNDICE DE PÉRDIDA DE AGUA NO FACTURADA	PENDIENTE	21-jul	01-sep	Faltan 3 meses
Prestar servicio de alcantarillado	INDICADORES	DISCONTINUIDAD DEL SERVICIO DE ACUEDUCTO	PENDIENTE	21-jul	01-sep	Faltan 2 meses
Prestar servicio de aseo	INDICADORES	APROVECHAMIENTO RESIDUOS ORGÁNICOS	PENDIENTE	21-jul	01-sep	Faltan 3 meses
Prestar servicio de aseo	INDICADORES	CUMPLIMIENTO MICRO RUTAS BARRIDO	PENDIENTE	21-jul	01-sep	Faltan 2 meses
Gestionar la Seguridad y Salud	INDICADORES	PROPORCIÓN DE MORTALIDAD DE AT	PENDIENTE	21-jul	01-sep	Falta análisis
Gestionar la Seguridad y Salud	INDICADORES	PREVALENCIA DE EL	PENDIENTE	21-jul	01-sep	Falta análisis
Gestionar la Seguridad y Salud	INDICADORES	INCIDENCIA DE EL	PENDIENTE	21-jul	01-sep	Falta análisis
Gestionar mantenimiento y metrología	INDICADORES	CUMPLIMIENTO PLAN DE MANTENIMIENTO	PENDIENTE	21-jul	01-sep	Falta registrar todo
Gestionar documentos	INDICADORES	SOLICITUDES EXTERNAS DE ARCHIVO	PENDIENTE	21-jul	01-sep	Faltan 3 meses
Adquirir bienes y servicios	INDICADORES	VERIFICACIÓN FÍSICA DE INVENTARIOS	PENDIENTE	21-jul	01-sep	Falta registrar todo,este Indicador es Semestral con el Análisis.
Gestionar finanzas	INDICADORES	EFICIENCIA DE RECAUDO	PENDIENTE	21-jul	01-sep	Faltan 3 meses
Gestionar finanzas	INDICADORES	CAPITAL DE TRABAJO	PENDIENTE	21-jul	01-sep	Falta el 2 trimestre
Gestionar finanzas	INDICADORES	EBITDA	PENDIENTE	21-jul	01-sep	Falta el 2 trimestre
Gestionar finanzas	INDICADORES	ÍNDICE DE ENDEUDAMIENTO	PENDIENTE	21-jul	01-sep	Falta el 2 trimestre
Gestionar finanzas	INDICADORES	ÍNDICE DE LIQUIDEZ	PENDIENTE	21-jul	01-sep	Falta el 2 trimestre
Gestionar aspectos ambientales	INDICADORES	APROVECHAMIENTO RESIDUOS PELIGROSOS	PENDIENTE	21-jul	01-sep	Faltan 2 meses
Prestar servicio de acueducto	NO CONFORMIDAD	AUDITORIA INTERNA	PENDIENTE	21-jul	01-sep	**NC:** 7
Prestar servicio de acueducto	NO CONFORMIDAD	AUDITORIA EXTERNA	PENDIENTE	21-jul	01-sep	**NC:** 1
Prestar servicio de alcantarillado	NO CONFORMIDAD	AUDITORIA INTERNA	PENDIENTE	21-jul	01-sep	**NC:** 4
Prestar servicio de alcantarillado	NO CONFORMIDAD	AUDITORIA EXTERNA	PENDIENTE	21-jul	01-sep	**NC:** 1
Prestar servicio de aseo	NO CONFORMIDAD	AUDITORIA INTERNA	PENDIENTE	21-jul	01-sep	**NC:** 6
Prestar servicio de aseo	NO CONFORMIDAD	AUDITORIA EXTERNA	PENDIENTE	21-jul	01-sep	**NC:** 2
Gestionar la Seguridad y Salud	NO CONFORMIDAD	AUDITORIA INTERNA	PENDIENTE	21-jul	01-sep	**NC:** 4
Gestionar mantenimiento y metrología	NO CONFORMIDAD	AUDITORIA INTERNA	PENDIENTE	21-jul	01-sep	**NC:** 2
Adquirir bienes y servicios	NO CONFORMIDAD	AUDITORIA INTERNA	PENDIENTE	21-jul	01-sep	**NC:** 1
Análisis de Agua	NO CONFORMIDAD	AUDITORIA INTERNA	PENDIENTE	21-jul	01-sep	**NC: 7**
				21-jul	01-sep	
				21-jul	01-sep	
				21-jul	01-sep	
				21-jul	01-sep	

Empresas Públicas de La Ceja E.S.P	REGISTRO DE ASISTENCIA INTERNA	CÓDIGO	FO09-GD-20
		VERSIÓN	01
		FECHA	02/12/2024
		PÁGINA	1 de 1

Fecha:	Hora:	Nombre de la reunión o capacitación:	Lugar:
13/05/2025	8:00 a.m	ACCIONES CORRECTIVAS Y DE MEJORA	PLANEACIÓN

Objetivo: Revisión de acciones correctivas y de mejora

Temas: Cierre de acciones correctivas y de mejora y auditorio

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	FIRMA
1	Mónica Inés Cardona Vallejo	Coord. SGSST	[illegible]
2	Johana Salazar Ocampo	Jefe OCI	[illegible]
3	Daniela Carmona Cardona	Directora Lab y Plantas	[illegible]
4	Juan Nicy. Jurado López	PU Redes	[illegible]
5	Juan Fernando Patiño Blandon	Director de Asto	[illegible]
6	Carlos Andrés López López	Contratista	[illegible]
7	Diana Loaiza Galvis	Directora Fra	Diana L
8	Leidy Marcela García Cardona	Asesora G. Ambiental (F)	[illegible]
9			
10			
11			
12			
13			

Nombre: Instructor/Facilitador: Johana Salazar Ocampo **Firma:** [illegible]

Observaciones: Yonn Fredy Carmona [illegible]

Empresas Públicas de La Ceja E.S.P	REGISTRO DE ASISTENCIA INTERNA	CÓDIGO	FO09-GD-20
		VERSIÓN	01
		FECHA	02/12/2024
		PÁGINA	1 de 1

Fecha: 24/04/2025	Hora: 8:00 am	Nombre de la reunión o capacitación: Revisión Indicadores	Lugar: PLANEACION

Objetivo: INDICADORES - MATRIZ LEGAL ACTUALIZACIÓN

Temas: Definir metas de indicadores con las áreas - Actualización formato e información de matriz legal

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	FIRMA
1	David Santiago Arango Bedoya	DT	
2	Leiby Marcela Idarraga T.	Directora Adm.	Marcela Idarraga
3	Diego Alexander Cortés G.	P.U. MEO	
4	Juan Fernando Patiño B.	Director de Asesoría	
5	Johana Salazar Ocampo	Jefe OCI	Johana Salazar
6	Diana Loaiza Galvis	Directora Fra	Diana Loaiza.
7	GLORIA ELENA RESTREPO LÓPEZ	ASESORA GESTIÓN AMBIENTAL	
8	Mónica Inés Cardona Vallejo	Coord. SGSST	
9	Daniela Carmona Giraldo	Directora Lab y Planta	Daniela Carmona C.
10			
11			
12			
13			

Nombre: Instructor/Facilitador: Johana Salazar Ocampo. **Firma:** Johana Salazar

Observaciones:

Empresas Públicas de La Ceja E.S.P	REGISTRO DE ASISTENCIA INTERNA	CÓDIGO	FO09-GD-20
		VERSIÓN	01
		FECHA	02/12/2024
		PÁGINA	1 de 1

Fecha: 29/01/2025	Hora: 8:00 am	Nombre de la reunión o capacitación: SIG	Lugar: PLANEACION

Objetivo: SIG - MIPG

Temas: Actualización SIG — Plan de trabajo MIPG

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	FIRMA
1	David Santiago Arce Bedoya	DT	
2	Leidy Marcela Tobon T.	Directora Adm	Marcela Tobon
3	Diego Alexander Garcés G	P.U. ASEO	
4	Juan Fernando Patiño B	Director de Arko	
5	Johana Salazar Ocampo	Jefe OCI	Johanna SO
6	Diana Loaiza Galvis	Directora financiera	Diana L
7	Adela Elena Restrepo López	Asesora Gestión Ambiental	
8	Mónica Inés Cardona Vallejo	Coord. SGSST	Mónica C
9	Daniela Carmona Cardona	Directora Lab y Plantal	Daniela Carmona
10			
11			
12			
13			

Nombre: Instructor/Facilitador: Johana Salazar Ocampo

Firma: Johanna SO

Observaciones:

Yonn Carmona

Checklist de Verificación de Eficacia – Análisis de Causas y Acciones Correctivas

Documento a revisar: FO02-EG-06 Registro de acciones
Normas de referencia: ISO 9001:2015 – 10.2.1.b.2 / ISO 14001:2015 – 10.2.b.2 / ISO 45001:2018 – 10.2.b.2

Evaluado por:	Johana Salazar Ocampo
Cargo:	Jefe oficina de Control Interno
Fecha:	29/07/2025

Proceso / Responsable evaluado: Gestión Ambiental

1. Aplicación de la metodología	**CUMPLIMIENTO**		
¿Se evidencia que se utilizó una metodología formal de análisis de causa (Ishikawa, 5 porqués, Pareto, etc.)?	X	NO	PA.
¿El registro documenta la causa raíz y no solo el síntoma del problema?	X	NO	PA.
¿Las causas identificadas son coherentes con la no conformidad reportada?	X	NO	PA.
2. Implementación de acciones correctivas	**CUMPLIMIENTO**		
¿Las acciones definidas están directamente relacionadas con la eliminación de la causa raíz?	X	NO	PA.
¿Las acciones fueron implementadas en los plazos establecidos?	X	NO	PA.
¿Existen registros que evidencian la ejecución de dichas acciones?	X	NO	PA.
3. Verificación de resultados	**CUMPLIMIENTO**		
¿Se evaluó si la no conformidad se repite o no en auditorías posteriores?	SI	X	PA.
¿Se observan mejoras en los procesos relacionados (reducción de errores, cumplimiento de requisitos)?	X	NO	PA.
¿Los indicadores de gestión reflejan disminución de recurrencia en hallazgos similares?	X	NO	PA.
4. Sostenibilidad y apropiación	**CUMPLIMIENTO**		
¿Los líderes de proceso conocen la metodología y saben aplicarla?	X	NO	PA.
¿Se cuenta con evidencias de capacitaciones o material compartido?	X	NO	PA.
¿Se actualizó la documentación (procedimientos, formatos) según la nueva práctica?	X	NO	PA.
5. Conclusión de eficacia	**CUMPLIMIENTO**		
¿La acción correctiva fue eficaz? (SI / No / Parcial)	X	NO	PA.

Observaciones:

Daniela Cardona Amariles
Johana -OCI

Checklist de Verificación de Eficacia – Análisis de Causas y Acciones Correctivas

Documento a revisar: FO02-EG-06 Registro de acciones
Normas de referencia: ISO 9001:2015 – 10.2.1.b.2 / ISO 14001:2015 – 10.2.b.2 / ISO 45001:2018 – 10.2.b.2

Evaluado por:	Johana Salazar Ocampo
Cargo:	Jefe oficina de Control Interno
Fecha:	12/08/2025
Proceso / Responsable evaluado:	Servicio de Aseo

1. Aplicación de la metodología	**CUMPLIMIENTO**		
¿Se evidencia que se utilizó una metodología formal de análisis de causa (Ishikawa, 5 porqués, Pareto, etc.)?	X	NO	PA.
¿El registro documenta la causa raíz y no solo el síntoma del problema?	X	NO	PA.
¿Las causas identificadas son coherentes con la no conformidad reportada?	X	NO	PA.
2. Implementación de acciones correctivas	**CUMPLIMIENTO**		
¿Las acciones definidas están directamente relacionadas con la eliminación de la causa raiz?	X	NO	PA.
¿Las acciones fueron implementadas en los plazos establecidos?	X	NO	PA.
¿Existen registros que evidencian la ejecución de dichas acciones?	X	NO	PA.
3. Verificación de resultados	**CUMPLIMIENTO**		
¿Se evaluó si la no conformidad se repite o no en auditorías posteriores?	X	NO	PA.
¿Se observan mejoras en los procesos relacionados (reducción de errores, cumplimiento de requisitos)?	X	NO	PA.
¿Los indicadores de gestión reflejan disminución de recurrencia en hallazgos similares?	X	NO	PA.
4. Sostenibilidad y apropiación	**CUMPLIMIENTO**		
¿Los líderes de proceso conocen la metodología y saben aplicarla?	X	NO	PA.
¿Se cuenta con evidencias de capacitaciones o material compartido?	X	NO	PA.
¿Se actualizó la documentación (procedimientos, formatos) según la nueva práctica?	X	NO	PA.
5. Conclusión de eficacia	**CUMPLIMIENTO**		
¿La acción correctiva fue eficaz? (Si / No / Parcial) Si	SI	NO	PA.

Observaciones:

Johana Ocampo OCI

Checklist de Verificación de Eficacia – Análisis de Causas y Acciones Correctivas

Documento a revisar: FO02-EG-06 Registro de acciones
Normas de referencia: ISO 9001:2015 – 10.2.1.b.2 / ISO 14001:2015 – 10.2.b.2 / ISO 45001:2018 – 10.2.b.2

Evaluado por:	Johana Salazar Ocampo
Cargo:	Jefe oficina de Control Interno.
Fecha:	30/07/2025

Proceso / Responsable evaluado: S6- SST

1. Aplicación de la metodología	**CUMPLIMIENTO**		
¿Se evidencia que se utilizó una metodología formal de análisis de causa (Ishikawa, 5 porqués, Pareto, etc.)?	X SI	NO	PA.
¿El registro documenta la causa raíz y no solo el síntoma del problema?	X SI	NO	PA.
¿Las causas identificadas son coherentes con la no conformidad reportada?	X SI	NO	PA.
2. Implementación de acciones correctivas	**CUMPLIMIENTO**		
¿Las acciones definidas están directamente relacionadas con la eliminación de la causa raíz?	X SI	NO	PA.
¿Las acciones fueron implementadas en los plazos establecidos?	X SI	NO	PA.
¿Existen registros que evidencian la ejecución de dichas acciones?	X SI	NO	PA.
3. Verificación de resultados	**CUMPLIMIENTO**		
¿Se evaluó si la no conformidad se repite o no en auditorías posteriores?	X SI	NO	PA.
¿Se observan mejoras en los procesos relacionados (reducción de errores, cumplimiento de requisitos)?	X SI	NO	PA.
¿Los indicadores de gestión reflejan disminución de recurrencia en hallazgos similares?	X SI	NO	PA.
4. Sostenibilidad y apropiación	**CUMPLIMIENTO**		
¿Los líderes de proceso conocen la metodología y saben aplicarla?	X SI	NO	PA.
¿Se cuenta con evidencias de capacitaciones o material compartido?	X SI	NO	PA.
¿Se actualizó la documentación (procedimientos, formatos) según la nueva práctica?	X SI	NO	PA.
5. Conclusión de eficacia	**CUMPLIMIENTO**		
¿La acción correctiva fue eficaz? (Sí / No / Parcial) Si	X SI	NO	PA.

Observaciones:
Cumple con el análisis de causas y la acción correctiva fue eficaz.

Johana SO