1. SISTEMA Y PROCESOS AUDITADOS

Sistema integrado de gestión de acuerdo con las normas ISO 9001:2015 e ISO 14001:2015 y el Decreto 1072 de 2015 para los 19 procesos que soportan el sistema.

2. DEPENDENCIA/GRUPO/LABORATORIO AUDITADO

Las dependencias a cargo de los procesos auditados son las siguientes:

No.	PROCESO AUDITADO	DEPENDENCIA/GRUPO/LABORATORIO AUDITADO	FECHA
1	Proceso misional Observatorio Nacional de Salud (Virtual)	Dirección Observatorio Nacional de Salud	**2023-09-20**
2	Equipos de Laboratorio (presencial)	Grupo de Equipos de Laboratorio y Producción	**2023-09-20**
3	Proceso misional Producción (presencial)	Dirección de Producción	**2023-09-20**
4	Gestión Financiera (virtual)	Grupo de Gestión Financiera	**2023-09-27**
5	atención al Ciudadano (presencial)	Grupo de Atención al Ciudadano y Correspondencia	**2023-09-20**
6	gestión jurídica (presencial)	Grupo de Gestión Jurídica	**2023-09-20**
7	Comunicación Institucional (virtual)	Dirección General	**2023-09-20**
8	Gestión de Calidad (Virtual)	Oficina Asesora de Planeación	**2023-09-20**
9	gestión Ambiental, (Presencial) Visita a instalaciones CAN: Gestión ambiental	Grupo de Gestión Administrativa	**2023-09-20**
10	Adquisición de bienes y servicios (virtual)	Grupo Gestión Contractual	**2023-09-20**
11	Planeación Institucional (virtual)	Oficina Asesora de Planeación	**2023-09-20**
12	Control Institucional (virtual)	Oficina de Control Interno	**2023-09-20**
13	Gestión Humana (proceso) (Presencial)	Grupo Gestión del Talento Humano.	**2023-09-20**
13	gestión Humana: Seguridad y salud en el trabajo Visita a instalaciones controles operacionales SST y verificación condiciones de seguridad en campo		**2023-09-25**
14	Proceso misional Investigación en salud pública	Dirección de Investigación en Salud Publica	**2023-09-22**

	(virtual)		
15	Recursos físicos (Presencial)	Grupo de Gestión Administrativa	**2023-09-22**
16	tecnologías de la Información y las Comunicaciones (presencial)	Oficina Tecnología de Información y Comunicaciones	**2023-09-22**
17	Proceso misional Vigilancia y análisis del riesgo en salud pública (Virtual)	Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública	**2023-09-25**
18	Proceso misional Redes en Salud Publica (presencial)	Dirección de Redes en Salud Pública	**2023-09-26**
19	Gestión documental (Virtual)	Grupo de Gestión Documental	**2023-09-26**

3. RESPONSABLE DEL PROCESO DE AUDITORIA:

La ejecución de esta auditoria estuvo a cargo de la Oficina Asesora de Planeación a través de Asociación Internacional de Consultoría SAS.

4. OBJETIVO DE LA AUDITORIA:

Evaluar el grado de conformidad del sistema integrado de gestión de acuerdo con las normas ISO 9001:2015 e ISO 14001:2015 y el Decreto 1072 de 2015.

Determinar la capacidad del sistema integrado de gestión para alcanzar los resultados previstos y los objetivos establecidos por la entidad.

Establecer si el sistema integrado de gestión ha sido mantenido eficazmente y se mejora en forma continua.

Verificar el cumplimiento de los requisitos de cada una de las normas auditadas.

5. ALCANCE DE LA AUDITORÍA:

El alcance de la auditoría cubrió los 19 procesos que soportan el sistema integrado de gestión de la entidad para el periodo correspondiente al 20 de junio de 2022 y 30 de Junio de 2023

6. CRITERIOS DE LA AUDITORÍA:

Todos los requisitos legales y normativos de acuerdo a las ISO 9001:2015, ISO 14001:2015 y Decreto 1072 de 2015, requisitos internos de la organización y legales aplicables.

7. FECHA DE INICIO:

20 de septiembre de 2023.

8. FECHA DE TERMINACIÓN:

27 de septiembre de 2023.

9. LUGAR DE REALIZACIÓN:

Los sitios de la auditoria fueron sede CAN, Laboratorio y remoto vía Ms Teams.

10. EQUIPO AUDITOR: (Auditor líder, Auditor de Apoyo)

EQUIPO AUDITOR	ROL			
NOMBRE	AUDITOR LIDER	AUDITORES	OBSERVADOR	EXPERTO TECNICO
OLGA LUCIA URREA O.	●			
JEIMMY ROJAS		●		
ALEJANDRA MORENO PICO		●		
SANDRA MILENA ANDRADE		●		

11. AUDITADOS

Los responsables a cargo de los procesos auditados se indican a continuación, en el registro de asistencia FOR-A01.0000-006 o formulario electrónico de cada espacio se puede consultar la totalidad de auditados.

AUDITADOS		
PROCESO/DEPENDENCIA/ GRUPO O LABORATORIO	NOMBRE	CARGO
Planeación Institucional	José Humberto Pineda Céspedes	Jefe Oficina Asesora de Planeación
	Wilson Alberto Castro	Profesional OAP
	Maritza Ordoñez Mosquera	Profesional OAP
	Sebastián Villareal Romero	Referente SIG
	Juliana Alexandra Rivera	Personal de Apoyo
Gestión de Calidad	José Humberto Pineda Céspedes	Líder de Proceso

	Ana Matilde Rodríguez	Profesional OAP
	Nathaly Martínez Jaramillo	Profesional OAP
Comunicación Institucional	Carolina Villada Mejía	Profesional Especializado
Tecnologías de la Información y las Comunicaciones	Alexandra María López Sevillano	Jefe OTIC
	Oscar Iván Castro	Profesional Especializado
	Johana Barragán	Contratista
	Carlos Alberto Cruz	Contratista
	Karin Valesca Cartes	Contratista
	Jairo Gómez Mariño	Profesional Especializado
	John Sánchez	Contratista
	Roger Smith Londoño	Profesional Especializado
	Adriana Velásquez	Contratista
	Jaime Fernando Pérez	Contratista
Redes en Salud Pública	Thomas Gilberto Prasca	Director Técnico
	María Angélica Salinas	Profesional Especializado
	Diana Mercedes Martínez	Subdirectora Técnica Gestión de Calidad LSP
	Melania Ríos	Referente SIG
	Ángela Mercedes Coronado	Profesional Especializado
	William Andrés Otálora	Profesional Especializado
	Jazmín Rocío Arias	Profesional Especializado
	Rosa Elvinia Rodríguez	Profesional Especializado
	Adriana Marcela Quevedo	Profesional Especializado
	Diana Patricia Martínez	Profesional Especializado
	Martha Stella Ayala	Profesional Especializado
Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública	Franklyn Edwin Prieto Alvarado	Director Técnico
	Hernán Quijada Bonilla	Profesional Especializado
	Camilo Fonseca	Referente SIG
	Maritza González Duarte	Profesional Especializado
Investigación en Salud Pública	Gloria Mercedes Puerto Castro	Directora Técnica
	Yadira Pacheco Espitia	Referente SIG
	Ronald Gustavo López	Profesional DISP
	Orlando Torres Fernández	Profesional DISP
	Diego Álvarez	Profesional DISP
	Lina Navarro	Profesional DISP
	Aura Rengifo	Profesional DISP
	Jeadran Malagón	Profesional DISP
Producción	Juan Felipe Bedoya	Director Técnico (E)
	María Carlina Castillo Beltrán	Coordinadora Grupo Producción y Desarrollo Tecnológico

	Francisco Javier Ruíz Gómez	Coordinador Serpentario - Finca Galindo
	Nidia Marcela Orjuela	Referente SIG
	Mónica Paola Sarmiento	Profesional Universitario
Observatorio Nacional de Salud	Carlos Andrés Castañeda Orjuela	Director Técnico
	Gina Alexandra Vargas	Profesional Especializado
	Claudia Patricia Clavijo Arboleda	Profesional Especializado
	Karen Viviana Zabaleta Rodriguez	Profesional Especializado
Gestión Humana	Héctor Julio Cuadros	Líder de Proceso
	Ana Constanza Castillo	Referente SIG
	Andrea Ramírez	Profesional especializado
Adquisición de Bienes y Servicios - FEI	Dora Nelsy Beltrán Rincón	Líder de Proceso
	Luceida Garavito	Profesional Gestión Contractual
	Yohana Patricia Palacios Rentería	Líder FEI
	Sandra Viviana García Prieto	Pro0fesional Grupo FEI
Gestión Documental	Juan Carlos Bocanegra	líder de Proceso
	Gloria Astrid Rodríguez	Referente SIG
	Katy Alexandra Calderón	Profesional
Equipos de Laboratorio	Edwin Melo González	Líder de Proceso
	Héctor Gómez	Referente SIG
	Angie Paola Rodríguez	Profesional GELP
	Mauren Liced López	Profesional GELP
	Ángela Cortés Urrego	Profesional GELP
Gestión Ambiental	Yenny Milena Quiroga Castro	Líder de Proceso
	Camila Chaves	Profesional
	Catalina Medina	Profesional
Gestión Jurídica	Paula Andrea Arenas Soto	Jefe Oficina Asesora Jurídica
	Jaime Giovanni Agudelo González	Referente SIG
	Mayra Alejandra Vega Sarmiento	Profesional OAJ
	Johanna Quintero Camero	Profesional OAJ
	Alexander Ardila Díaz	Profesional OAJ
	Brenda Camila Correa Martínez	Profesional OAJ
	Ana María Salazar Molano	Profesional OAJ
Atención al Ciudadano	Deisy Ángela Acero	Líder de Proceso
	Ana Silvia Ramos	Referente SIG
	Diana Rocío Rojas	Profesional GRECC
	Julio Julián Cárdenas	Profesional GRECC
Gestión Financiera	Luz Stella Padilla	Líder de Proceso

	Sandra Milena Medina	Referente SIG
Recursos Físicos	Yenny Milena Quiroga	Líder de Proceso
	Catalina Medina	Referente SIG
	Heriberto Castrillón Sánchez	Profesional
	Jaime Ríos Rodríguez	Profesional
Control Institucional	Cielo Del Socorro Castilla	Jefe Oficina Control Institucional
	Lina Constanza Tovar	Referente SIG
	Norma Patricia Celis	Profesional OCI
	Luis Parra	Profesional OCI
	Marisela Malagón Sierra	Profesional OCI
	Nadia Pineda	Profesional OCI

12. RESUMEN DEL PROCESO DE AUDITORÍA (PHVA):

La auditoría interna al sistema integrado de gestión del Instituto Nacional de Salud se llevó a cabo a través de las siguientes etapas y actividades:

- Planear:
  - Revisión y firma de los acuerdos de confidencialidad por parte de los auditores designados.
  - Recepción y revisión de la documentación de mapa y caracterizaciones de proceso, así como información de contexto del instituto disponible en su página web.
  - Elaboración y revisión de plan de auditoria propuesto con el equipo designado por la Oficina Asesora de Planeación (OAP), quienes verificaron la disponibilidad de los equipos auditados.
  - Ejecución de ajustes al plan de auditoria a partir de las observaciones recibidas de los procesos y gestión de autorización de la Dirección General por parte de la OAP.

- Hacer:
  - Ejecución de reunión de apertura con la presencia del Dr – Director General y líderes de proceso con el fin de confirmar el objetivo, alcance y agenda de auditoría. Nota: No se presentaron solicitudes de ajuste durante la reunión de apertura.
  - Desarrollo de auditorias a procesos según lo programado en el plan de auditoría. Nota: Se realizó un cambio de en el día de auditoria para el proceso financiero el cual estaba programado para el de septiembre y se ejecuta el 27 de septiembre. .
  - Elaboración de listas de chequeo para cada proceso auditado en las cuales se consignó la evidencia de auditoría y los hallazgos encontrados: conformidades, oportunidades de mejora y aspectos a destacar.

- Notificación de los hallazgos de no conformidad en cada uno de los procesos al finalizar cada auditoria, de tal forma que las expresadas en este informe ya fueron confirmadas por los auditados.

- Verificar
  - Revisión de las listas de chequeo por los líderes de proceso con el fin de asegurar el entendimiento de los hallazgos contenidos en las mismas y/o identificar posibles inconsistencias.
- Actuar
  - Recepción de observaciones por parte de los procesos y ajuste de las listas de chequeo por parte del equipo auditor. Nota: Las observaciones recibidas consistieron en aspectos de edición de las notas de auditoría y evidencias encontradas; en cuánto a gramática, redacción y ortografía.

13. OPINIONES DIVERGENTES SIN RESOLVER ENTRE EL EQUIPO AUDITOR Y EL AUDITADO:

No presentadas

14. DIVULGACION DEL INFORME DE LA AUDITORÍA:

Se hace divulgación del contenido del presente informe a la Alta Dirección, lideres de proceso, referentes SIG y Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo en la reunión de cierre el día 3 de octubre de 2023

15. RESULTADOS DE LA AUDITORIA

15.1 ASPECTOS A DESTACAR

Se tienen diversos aspectos a destacar como:

1. El trabajo en equipo
2. Los diferentes programas como el SIGEM que facilitan la ejecución de los procesos
3. El compromiso del liderazgo
4. El asertividad con que la organización acepta las no conformidades y las oportunidades de mejora.

15.2 RESULTADOS CUANTITATIVOS

RESULTADOS AUDITORIA INTERNA SIG (Vigencia)				
PROCESO/DEPENDENCIA/ GRUPO O LABORATORIO		**N° NO CONFORMIDAD**	**N° OPORTUNIDADES MEJORA**	**TOTAL**
Estratégico	Planeación Institucional	-	-	-
Estratégico	Gestión de Calidad	-	-	-
Estratégico	Comunicación Institucional	2	-	2

RESULTADOS AUDITORIA INTERNA SIG (Vigencia)				
PROCESO/DEPENDENCIA/ GRUPO O LABORATORIO		**N° NO CONFORMIDAD**	**N° OPORTUNIDADES MEJORA**	**TOTAL**
Estratégico	Tecnologías de la Información y las Comunicaciones	-	-	-
Misional	Redes en Salud Pública	-	3	3
Misional	Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública	-	-	-
Misional	Investigación en Salud Pública	-	-	-
Misional	Producción	-	-	-
Misional	Observatorio Nacional de Salud	-	-	-
Apoyo	Gestión Ambiental	-	3	3
Apoyo	Equipos de Laboratorio	-	1	1
Apoyo	Gestión Humana	2	2	4
Apoyo	GH Seguridad y salud en el trabajo	1	2	3
Apoyo	Adquisición de Bienes y Servicios	-	-	-
Apoyo	Gestión Documental	-	1	1
Apoyo	Recursos Físicos	-	-	-
Apoyo	Gestión Financiera	-	-	-
Apoyo	Gestión Jurídica	-	-	-
Apoyo	Atención al Ciudadano	-	-	-
Mejora	Control Institucional	-	-	-
	TOTAL	**5**	**12**	**17**

Campo exclusivo para diligenciar por parte del equipo auditor en la norma BPM

RESULTADOS AUDITORIA INTERNA NORMA BPM (Decreto 821 de 2017 y Decreto 386 de 2018)							
CRITERIO / CALIFICACION / PROCESO/ DEPENDENCIA EVALUADA	CRITICO		MAYOR		INFORMATIVO		TOTAL
	N° NC	N° OM	N° NC	N° OM	N° NC	N° OM	
Listar cada proceso/dependencia evaluada							
Listar cada proceso/dependencia evaluada							
Listar cada proceso/dependencia evaluada							
TOTAL							

Dónde: NC – No conformidad y OM – Oportunidades de mejora

15.3 RESULTADOS CUALITATIVOS

CONFORMIDADES

Con respecto a los requisitos evaluados para la norma ISO 9001:2015 Se han encontrado las siguientes conformidades con base en las evidencias verificadas.

4.1 Contexto de la organización comprensión de la organización y de su contexto
4.2 comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas
4.3 Determinación del alcance del sistema de gestión de la calidad
4.4 sistema de gestión de la calidad y sus procesos
5. Liderazgo
5.1 liderazgo y compromiso
5.2 política
5.3 roles, responsabilidades y autoridades en la organización
6. Planificación
6.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades.
6.2 objetivos de la calidad y planificación para lograrlos
6.3 planificación de los cambios.
7. Apoyo
7.1 Recursos
7.2 competencia

7.3 toma de conciencia
7.4 Comunicación
7.5 información documentada
8. Operación
8.2 Requisitos para los productos y servicios.
8.3 diseño y desarrollo de los productos y servicios
8.4 control de los procesos, productos y servicios suministrados externamente
8.5 producción y provisión del servicio
8.6 liberación de los productos y servicios
8.7 control de las salidas no conformes
9. Evaluación del desempeño
9.1 seguimiento, medición, análisis y evaluación
9.2 auditoría interna
9.3 revisión por la dirección
10. Mejora
10.2 no conformidad y acción correctiva
10.3 Mejora continua

En relación con el sistema de gestión ambiental según la Norma ISO 14001:2015 se han encontrado las siguientes conformidades, basado en la verificación realizada de las evidencias.

Contexto de la organización
4.1 comprensión de la organización y de su contexto
4.2 comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas
4.3 determinación del alcance del sistema de gestión ambiental
4.4 sistema de gestión ambiental

5. Liderazgo
5.1 liderazgo y compromiso
5.2 política ambiental
6. Planificación
6.1 acciones para abordar riesgos y oportunidades
6.2 objetivos ambientales y planificación para lograrlos
7. Apoyo
7.1 recursos
7.2 competencia
7.3 toma de conciencia
7.4 comunicación
7.5 información documentada
8. Operación
8.1 planificación y control operacional
8.2 preparación y respuesta ante emergencias
9. Evaluación del desempeño
9.1 seguimiento, medición, análisis y evaluación
9.2 auditoría interna
9.3 revisión por la dirección
10. Mejora

10.1 generalidades
10.2 no conformidad y acción correctiva
10.3 mejora continua.

Con respecto al Decreto 1072 de 2015 se han encontrado conformidades en todos los artículos correspondientes al capítulo 6 sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo Artículos del 2.2.4.6.1 al 2.2.4.6.42 y todos los que hubiesen sido actualizados a la fecha.

NO CONFORMIDADES Y OPORTUNIDADES DE MEJORA

NO CONFORMIDADES Y OPORTUNIDADES DE MEJORA

PROCESO DE EQUIPOS DE LABORATORIO

CRITERIO/NUMERAL	CRITERIO CALIFICACION (Aplica para auditoria interna norma BPM)	NC	OM	DESCRIPCIÓN
ISO 9001:2015ISO 9001:2015 7.1.5 Recursos de seguimiento y medición 7.1.5.1 Generalidades La organización debe determinar y proporcionar los recursos necesarios para asegurarse de la validez y fiabilidad de los resultados cuando se realice el seguimiento o la medición para verificar la conformidad de los productos y servicios con los requisitos. La organización debe asegurarse de que los recursos proporcionados: a) son apropiados para el tipo específico de actividades de seguimiento y medición realizadas; b) se mantienen para asegurarse de la idoneidad continua para su propósito. La organización debe conservar la información documentada apropiada como evidencia de que los recursos de seguimiento y medición son idóneos para su propósito.			X	La organización debe conservar la información documentada apropiada como evidencia de que los recursos de seguimiento y medición son idóneos para su propósito"". Durante la verificación de información documentada para cuatro equipos, se observa que el equipo identificado como 39653 correspondiente a un AUTOCLAVE que emplea presión y temperatura para poder asegurar su funcionalidad, parámetros que son susceptibles de calibración y/o calificación, no se cuenta con claridad frente a en dónde se conserva la información documentada sin ambigüedades frente a los parámetros requeridos para calibración de cada uno de los equipos, en este caso presión y temperatura, ya que si bien hay un campo para registrar un único parámetro dentro del formato de hoja de vida del equipo, no pueden ser debidamente identificados todos los parámetros a calibrar, verificar o calificar, entre otros aspectos por no contar con la estructura dentro del formato de hoja de vida, ni en el formato del PAME; al tratar de contrastar esta información contra el manual del fabricante del equipo, no se logra consultar dicho manual para el equipo 39653 por falta de disponibilidad del mismo.

PROCESO DE GESTIÓN AMBIENTAL

CRITERIO/NUMERAL	CRITERIO CALIFICACION (Aplica para auditoria interna norma BPM)	NC	OM	DESCRIPCIÓN
NTC ISO 14001: 2015 6.1.3. literal b "Requisitos legales y otros			X	Dado a que en el marco de la revisión de los requisitos legales aplicables al INS se encuentra que de 9 normas auditadas no se tiene

requisitos... b) La organización debe determinar como estos requisitos legales y otros requisitos se aplican a la organización..."				identificada para de las Resoluciones 1511, 1512 y 1297 de 2010 del MADS que fueron derogadas por la Resolución 851 de 2022 de la misma entidad, a pesar de que esta última norma se encuentra identificada como aplicable para 2023 para el INS en materia de gestión de residuos de aparatos eléctricos y electrónicos.
NTC ISO 14001: 2015 6.1.4 , literal a1 y b2 de la "Planificación de acciones/La organización debe planificar a) la realización de acciones para abordad sus 1) aspectos ambientales, b) la manera de 2)Evaluar la eficacia de estas acciones.			X	Se evalúa en la matriz legal como se planifican las acciones de diferentes requisitos legales aplicables (nueve -9 en total) y se contrasta contra la identificación de aspectos ambientales significativos EN FOR-A05.2094-012 IDENTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE ASPECTOS AMBIENTALES SIGNIFICATIVOS VERSIÓN 06 DE 20202/09/04, se encuentra que en la actividades de poda que generan ruido, "se define como control operacional que no supere los permitidos de ruido ambiental", sin embargo el uso de las guadañas empleadas por el proveedor de referencia FS 235 cuenta con un nivel sonoro de 99 dB acorde a su ficha técnica en la página del fabricante, nivel de ruido que supera cualquiera de los límites ambientales permitidos en la ciudad de Bogotá según el uso del suelo, (al verificar el concepto de uso del suelo no es concluyente - Se evidencia concepto de uso de suelos emitido por secretaría distrital de planeación no radicado 2-2022-32386 por cambio de POT, "plan parcial ciudad CAN clasificado como dotacional servicios urbanos básicos escala metropolitana urbana zona, servicios Empresariales escara urbana zonal, complementario con dotacional equipamiento colectivo vecinal y zonal", se amplia principio legal de favorabilidad para el presente caso de estudio desde el auditor hacia el auditado) por lo cual la planificación de acciones no es adecuada para el aspecto ambiental identificado; residuos de poda aprovechables control operacional residuos organismos producto de poda son dispuestos con el gestor externo autorizado
NTC ISO 14001:2015 5.3 ROLES, RESPONSABILIDADES Y AUTORIDADES EN LA ORGANIZACIÓN La alta dirección debe asegurarse de que las responsabilidades y autoridades para los roles pertinentes se asignen y comuniquen dentro de la organización. La alta dirección debe asignar la responsabilidad y autoridad para: a) asegurarse de que el sistema de gestión ambiental es conforme con los requisitos de esta Norma Internacional, e b) informar a la alta dirección sobre el desempeño del sistema de gestión ambiental, incluyendo su desempeño ambiental			X	La Alta dirección debe asegurarse de que las responsabilidades y autoridades para las funciones pertinentes se asignen y comuniquen dentro de la organización...", ya que en la verificación de 4 cargos en el manual de funciones del INS definido bajo resolución, en algunos cargos se observa la responsabilidad de cumplimiento de los procedimientos del sistema integrado de gestión pero no en todos los cargos y ello u otro tipo de responsabilidades ambientales se requieren que sean definidas y asignadas a todo el personal del INS de planta o contratista, ya que todos generan en mayor o menor medida aspectos ambientales e impactos ambientales durante la ejecución de sus labores diarias.

Dónde: NC – No conformidad y OM – Oportunidades de mejora

COMUNICACIÓN INSTITUCIONAL

CRITERIO/NUMERAL	CRITERIO CALIFICACION (Aplica para auditoria interna norma BPM)	NC	OM	DESCRIPCIÓN
ISO 9001:2015 Requisito que incumple: 8.2.2 Determinación de los requisitos para los productos y servicios : Cuando se determinan los requisitos para los productos y servicios que se van a ofrecer a los clientes, la organización debe asegurarse de que: a) los requisitos para los productos y servicios se definen, incluyendo: 1) cualquier requisito legal y reglamentario aplicable; 2) aquellos considerados necesarios por la organización; b) la organización puede cumplir con las declaraciones acerca de los productos y servicios que ofrece.		X		no se cumple con el procedimiento establecido Evidencia objetiva: al observar el POE D03 0000 002 GESTIÓN DE LA REPUTACIÓN IMAGEN Y RECORDACIÓN DEL INS versión 01 del 21 02/2020 en el ítem 2 (que) gestionar contenidos en redes sociales y sitio web, (el responsable) profesionales o contratistas del grupo de comunicaciones, dirección general directores responsables de procesos misionales o sus delegados, oficina de tecnologías de la información y las comunicaciones, (cómo) dentro de lo cual está el establecimiento de estratégicas de comunicación digital para el uso de los contenidos de redes sociales, (registros) parrilla de contenidos, sin embargo, no es evidente que se haga una parrilla de contenidos de acuerdo al procedimiento, este también dice que se requiere tener una estratégica de comunicación digital, la cual tampoco es evidente, la persona auditada no presenta las evidencias correspondientes.
ISO 9001:2015 Requisito que incumple 10. MEJORA 10.1 GENERALIDADES La organización debe determinar y seleccionar las oportunidades de mejora e implementar cualquier acción necesaria para cumplir los requisitos del cliente y aumentar la satisfacción del cliente. Éstas deben incluir: a) mejorar los productos y servicios para cumplir los requisitos, así como considerar las necesidades y expectativas futuras; b) corregir, prevenir o reducir los efectos no deseados; c) mejorar el desempeño y la eficacia del sistema de gestión de la calida		X		No se ha tramitado actualización de los procedimientos internos del área y no se tienen oportunidades de mejora de los documentos obsoletos. Evidencia Objetiva. el POE D03 0000 002 GESTIÓN DE LA REPUTACIÓN IMAGEN Y RECORDACIÓN DEL INS versión 01 del 21 02/2020, contiene actividades que no se están aplicando, que después de haber salido la persona que llevaba las actividades en la gestión anterior no se ha actualizado, no se ha realizado mejora del proceso y no se hacen algunos temas, la persona encargada refiere que hace las actividades de acuerdo a su experiencia y no al procedimiento.

GH SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CRITERIO/NUMERAL	CRITERIO CALIFICACION (Aplica para auditoria interna norma BPM)	NC	OM	DESCRIPCIÓN
Decreto 1072 de 2015, capitulo 6, articulo 2.2.4.6.25 el cual establece que El empleador o contratante debe implementar y mantener las disposiciones necesarias en materia de prevención, preparación y respuesta ante emergencias, implementar las acciones factibles, para reducir la vulnerabilidad de la empresa frente a estas amenazas y Conformar, capacitar, entrenar y dotar la brigada de		X		No se evidencia en el plan de emergencias de la Entidad: 1. PON atrapamiento en ascensores ni PON relacionado con inundaciones de acuerdo a las vulnerabilidades identificadas 2. No se cuenta con acto administrativo

emergencias, acorde con su nivel de riesgo y los recursos disponibles, que incluya la atención de primeros auxilios.				en el cual se realice la conformación de las brigadas de emergencia de la entidad Lo cual incumple lo establecido en el decreto 1072 de 2015, capitulo 6, articulo 2.2.4.6.25 el cual establece que El empleador o contratante debe implementar y mantener las disposiciones necesarias en materia de prevención, preparación y respuesta ante emergencias, implementar las acciones factibles, para reducir la vulnerabilidad de la empresa frente a estas amenazas y Conformar, capacitar, entrenar y dotar la brigada de emergencias, acorde con su nivel de riesgo y los recursos disponibles, que incluya la atención de primeros auxilios.
RESOLUCION 312 DE 2019 Y DECRETO 1072 DE 2015 Investigación de incidentes, accidentes de trabajo y las enfermedades cuando sean diagnosticadas como laborales			**X**	Se revisa Accidente de trabajo: Paula Rodríguez, Cortadura bisturí 23 de agosto de 2022, ACCION: capacitación de autocuidado. CAUSA: ASEGURAR IDENTIFICAR LAS CAUSAS CORRECTAS DE LOS ACCIDENTES, se identificó capacitación de autocuidado
DECRETO 1072 DE 2015 Y RESOLUCION 312 DE 2019 Identificación de peligros y evaluación y valoración de riesgos, exámenes médicos			**X**	Se revisa matriz de peligros: Riesgo Biológico - laboratorio Micobacterias: medición de control de los flujos de aire del 31 de enero de 2023, manual de bioseguridad MNL A01,0000-001 de abril 2023, no se tiene evidencia de la divulgación del manual de bioseguridad, sin embargo al entrevistar el personal, se identifican que tienen claro los peligros a los cuales se exponen y tienen conocimiento del manual, en este se incluye los riesgos a los cuales se encuentran expuestos, se revisó programa Biológico: profesiograma se identifica la vacunación requerida , se revisa vacunas realizadas a Auxiliar de servicios: hepatitis B y tétanos y examen médico periódico 4 de octubre de 2022: Se cuenta con matriz elementos de protección personal, se revisa

				micobacterias, se incluye gorro convencional, monogafas, No se ha realizado seguimiento a los EPP de Micobacterias Entomología: Se identifican seguimiento a EPP
decreto 1072 de 2015, capitulo 6, articulo 2.2.4.6.12 el cual establece que El empleador debe mantener disponibles y debidamente actualizados entre otros, los siguientes documentos en relación con el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST El programa de capacitación anual en seguridad y salud en el trabajo - SST, así como de su cumplimiento incluyendo los soportes de inducción, reinducción y capacitaciones de los trabajadores dependientes, contratistas, cooperados y en misión.		**SE UNE CON LA DE RECURSOS HUMANOS**		**Se evidencia que aunque se realizó en el** mes de agosto inducción de SST a los funcionarios, aun no se ha realizado la verificación de la eficacia de ésta, incumpliendo lo establecido en en el decreto 1072 de 2015, capitulo 6, articulo 2.2.4.6.12 el cual establece que El empleador debe mantener disponibles y debidamente actualizados entre otros, los siguientes documentos en relación con el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST El programa de capacitación anual en seguridad y salud en el trabajo - SST, así como de su cumplimiento incluyendo los soportes de inducción, reinducción y capacitaciones de los trabajadores dependientes, contratistas, cooperados y en misión. ESTA NO CONFORMIDAD SE INTEGRARÁ A LA YA IDENTIFICADA EN EL PROCESO DE TALENTO HUMANO

GESTIÓN HUMANA

CRITERIO/NUMERAL	CRITERIO CALIFICACION (Aplica para auditoria interna norma BPM)	NC	OM	DESCRIPCIÓN
7.3 TOMA DE CONCIENCIA La organización debe asegurarse de que las personas que realizan el trabajo bajo el control de la organización tomen conciencia de: a) la política de la calidad; b) los objetivos de la calidad pertinentes; c) su contribución a la eficacia del sistema de gestión de la calidad, incluidos los beneficios de una mejora del desempeño; d) las implicaciones del incumplimiento de los requisitos del sistema de gestión de la calidad. decreto 1072 de 2015, capitulo 6, articulo 2.2.4.6.12 el cual establece que El empleador debe mantener disponibles y debidamente actualizados entre otros, los siguientes documentos en relación con el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST El programa de capacitación anual en seguridad y salud en el trabajo - SST, así como de su cumplimiento incluyendo los soportes de inducción, reinducción y capacitaciones de los trabajadores dependientes, contratistas, cooperados y en misión.		**X**		No se evidencia seguimiento al proceso de formación con base al diagnóstico institucional realizado en el 2023, se establecieron las formación pero a la fecha no se han desarrollado, no se evidencia una metodología definida en términos de evaluación de la eficacia del conocimiento, desde talento humano informan que cada líder de proceso se encarga de sus capacitaciones pero estas no se les realiza control ni seguimiento, a su vez no se pueden evidenciarse durante el ejercicio. incumpliendo el numeral 7.3 de la norma ISO 9001:2015. Se evidencia que aunque se realizó en el mes de agosto inducción de SST a los funcionarios, aun no se ha realizado la verificación de la eficacia de ésta, incumpliendo lo establecido en en el decreto 1072 de 2015, capitulo 6, articulo 2.2.4.6.12 el cual establece que El empleador debe mantener

				disponibles y debidamente actualizados entre otros, los siguientes documentos en relación con el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST El programa de capacitación anual en seguridad y salud en el trabajo - SST, así como de su cumplimiento incluyendo los soportes de inducción, reinducción y capacitaciones de los trabajadores dependientes, contratistas, cooperados y en misión. ESTA NO CONFORMIDAD SE INTEGRARÁ A LA YA IDENTIFICADA EN EL PROCESO DE TALENTO HUMANO
numeral 2.7.1 de la Res 312:2019.		X		Se evidencia Res 996 del 20/10/20 dentro del cual relacionan las responsabilidades del PESV, pero no se cuenta con al definición y socialización de las responsabilidades del líder el PESV al Secretario General, a su vez no se define la competencia de este rol, líder del PESV, establecen ver hoja de vida del responsable de SST, la cual puede variar de acuerdo al profesional asignado y no especifica aspectos del PESV.
1.1.4 Res 312:2019 Afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales.			X	OM: Se evidencian dos afiliaciones extemporáneas a ARL Carlos Andrés Castañeda afiliado el 8/05/2013y Claudia patricia Clavijo Arboleda el 17/12/2018 Posterior al posicionamiento.
3.2 Res 312: 2019 Registro, reporte e investigación de las enfermedades laborales, los incidentes y accidentes del trabajo			X	OM. Mediante entrevistas de trabajo el personal manifiesta no conocer sobre accidentes de trabajo presentados en la entidad, a pesar de esto en el proceso de Producción manifiesta que se presentó un evento este año con un Medio de cultivo: el fondo de un shut se soltó y la analista de laboratorio tuvo quemadura menor. Socializar accidentes de trabajo a toda la entidad.

REDES DE SALUD PÚBLICA

CRITERIO/NUMERAL	CRITERIO CALIFICACION (Aplica para auditoria interna norma BPM)	NC	OM	DESCRIPCIÓN
8.1, ISO 9001:2015 Planificación y control operacional Requisitos para productos y servicios Diseño y desarrollo Provisión y servicio Liberación de los productos y servicios Control de salidas no conformes.			X	OM: Estandarizar en el soporte de actividades (Cod. FOR-A03-000-01 V07 del 2022-09-16) lo relacionado con los seguimientos a los laboratorios de salud pública como se encuentra establecidos en la herramienta de estándares de calidad, es decir por cada uno de los criterios (organización y gestión talento humano, infraestructura y dotación, referencia y contrarreferencia, Bioseguridad y manejo de residuos, Procesos prioritarios) y darles trazabilidad a los soportes de actividades con relación a los compromisos visitas anteriores. Describir en el Procedimiento de estándares de calidad en los laboratorios de salud pública Cod. INT-R01-0000-022 V1 del 2022-10-14 el perfil y las competencias que debe cumplir el equipo verificador. Establecer la frecuencia del seguimiento a las visitas realizadas a los laboratorios a nivel nacional.
7.5 INFORMACIÓN DOCUMENTADA			X	OM: Documentar como acción de mejora el fortalecimiento de los sistemas de información de la Dirección de redes bajo el direccionamiento de la oficina de Tics.
6.1 ISO 9001:2015 ISO 14001:2015 Acciones para abordar riesgos y oportunidades			X	OM: Fortalecer la descripción en el análisis del monitoreo a los controles de los riesgos de gestión y corrupción de la DRSP.

GESTIÓN DOCUMENTAL

CRITERIO/NUMERAL	CRITERIO CALIFICACION (Aplica para auditoria interna norma BPM)	NC	OM	DESCRIPCIÓN
7.5.3 Control de la información documentada 7.5.3.1 La información documentada requerida por el sistema de gestión de la calidad y por esta Norma Internacional se debe controlar			X	OM: Validar la clasificación confidencial del programa de vigilancia entomológica - SIVIEN de la Subdirección del laboratorio nacional de referencia Grupo entomología, ya que se

para asegurarse de que: a) esté disponible y sea idónea para su uso, donde y cuando se necesite; b) esté protegida adecuadamente (por ejemplo, contra pérdida de la confidencialidad, uso inadecuado o pérdida de integridad) 7.5.3.2 Para el control de la información documentada, la organización debe abordar las siguientes actividades, según corresponda: a) distribución, acceso, recuperación y uso; b) almacenamiento y preservación, incluida la preservación de la legibilidad; c) control de cambios (por ejemplo, control de versión); d) conservación y disposición. La información documentada de origen externo, que la organización determina como necesaria para la planificación y operación del sistema de gestión de la calidad, se debe identificar, según sea apropiado, y controlar				encuentra categorizado como catastrófico a nivel confidencial, pero se encuentra publicado en la página web. Confidencialidad, disponibilidad e integridad, con base a la matriz de registro de activos de información Cod. FOR-A03-0000-008 V2.

Dónde: NC – No conformidad y OM – Oportunidades de mejora
NOTA 1: *Las auditorias por naturaleza, son un ejercicio de muestreo, como tales, hay un riesgo de que las evidencias de la auditoria examinadas no sean representativas. 6.5.1 de la ISO 19011:2018*
NOTA 2: *Cualquier área dentro del alcance de la auditoria no cubierta, incluyendo cualquier cuestión sobre la disponibilidad de las evidencias, los recursos o la confidencialidad, debe ser justificada en las conclusiones.*

16. CONSOLIDADO RESULTADO GENERAL

16.1 CONSOLIDADO DE HALLAZGOS POR TIPO

HALLAZGOS	*TOTALES*	*%*
NO CONFORMIDAD	5	30%
OPORTUNIDADES MEJORA	12	70%
TOTALES	**17**	**100%**

16.2 CONSOLIDADO DE HALLAZGOS POR REQUISITOS

REQUISITO	FRECUENCIA	%	ACUMULADO
7.1.5 Recursos de seguimiento y medición	1	5.8%	5.8%
6.1.3. literal b "Requisitos legales y otros requisitos ISO 14001:2015	1	5.8%	11.76%
6.1.4 , literal a1 y b2 de la "Planificación de acciones ISO 14001:2015	1	5.8%	17.64$
5.3 Roles, responsabilidades y autoridades en la organización ISO 14001:2015	1	5.8%	23.52%
8.2.2 Determinación de los requisitos para los productos y servicios 9001:2015	1	5.8%	29.41%
10.1 Generalidades de la mejora 9002015	1	5.8%	35.29%
Decreto 1072 de 2015, capitulo 6, articulo 2.2.4.6.25 El empleador o contratante debe implementar y mantener las disposiciones necesarias en materia de prevención, preparación y respuesta ante emergencias	**1**	5.8%	41.17%
numeral 2.7.1 de la Res 312:2019.	**1**	5.8%	47.05%
DECRETO 1072 DE 2015 Y RESOLUCION 312 DE 2019 Identificación de peligros y evaluación y valoración de riesgos, exámenes médicos	**1**	5.8%	52.94%
decreto 1072 de 2015, capitulo 6, articulo 2.2.4.6.12 documentación actualizada	**1**	5.8%	58.82%
7.3 TOMA DE CONCIENCIA La organización debe asegurarse de que las personas que realizan el trabajo bajo el control de la organización tomen conciencia	**1**	5.8%	64.70%
numeral 2.7.1 de la Res 312:2019.	**1**	5.8%	70.58%
1.1.4 Res 312:2019Afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales.	**1**	5.8%	76.47%

REQUISITO	FRECUENCIA	%	ACUMULADO
3.2 Res 312: 2019 Registro, reporte e investigación de las enfermedades laborales, los incidentes y accidentes del trabajo	**1**	5.8%	82.35%
8.1, ISO 9001:2015 Planificación y control operacional	**1**	5.8%	88.23%
7.5 INFORMACIÓN DOCUMENTADA	**1**	5.8%	94.11%
6.1 ISO 9001:2015 ISO 14001:2015 Acciones para abordar riesgos y oportunidades	**1**	5.8%	100%
TOTALES	**17**	**100%**	

17. ANÁLISIS RESULTADOS OBTENIDOS

Durante el desarrollo de la auditoria se encontraron doce (12) oportunidades de mejora y cinco (5) no conformidades dentro de lo cual se destaca:

1. La mayoría estuvieron en el numeral 6 parte de la planificación
2. Las observaciones se encontraron en varios procesos
3. Las no conformidades se relacionan con temas de actualización documental y elementos legales
4. En el nuevo proceso incluido de seguridad y salud en el trabajo se encontraron solo 4 hallazgos dentro de los cuales 1 esta relacionado con las actividades de Talento humano y anexa a este evento.

18. CONCLUSIONES DE LA AUDITORIA

El sistema integrado de gestión es conforme con los requisitos establecidos en las normas ISO 9001:2015 e ISO 14001:2015 y el Decreto 1072 de 2015.

El sistema integrado de gestión tiene la capacidad para alcanzar los resultados previstos y los objetivos establecidos para el mismo.

El sistema integrado de gestión ha sido mantenido eficazmente y es mejorado durante el último ciclo de auditoría.

Se ha cumplido el objetivo de verificar cada uno de los requisitos de las normas evidenciar el cumplimiento por lo que se ha cumplido de la misma forma el objetivo de la auditoria.

AUDITOR LIDER	RESPONSABLE DE LA NORMA AUDITAR
Elabora	**Aprueba**
Nombre: OLGA LUCIA URREA O	**Nombre: JOSE HUMBERTO PINEDA CESPEDES**
Cargo: AUDITOR LIDER	**Cargo: Jefe Oficina Asesora de Planeación**
Fecha: 2023-09-29	**Fecha: 2023-10-3**