/

Management System Certificaton/ **Certificación de Sistemas de Gestión**

Audit Summary Report / **Reporte Resumido de Auditoría**

Organization/ **Organización:**	**INSTITUTO NACIONAL DE SALUD**				
Address/ **Dirección:**	Avenida Calle 26 No. 51-20 CAN, Bogotá D.C.				
Standard(s)/ **Norma(s):**	ISO 9001:2015		*Accreditation Body(s)/* **Acreditación(es):**	ONAC	
Representative/ **Representante:**	Dr. Helver Guiovanni Rubiano Garcia – Director William Jiménez Herrera - Jefe Oficina Asesora de Planeación				
Site(s) audited/ **Sitio(s) auditados:**	Avenida Calle 26 No. 51-20 CAN, Bogotá D.C.		*Date(s) of audit(s)/* **Fecha(s) de Auditoría(s) :**	28-29-30/11/2022 y 1/12/2022. (3.5 dias /auditor.) **Remota plataforma asignada por la organización Teams**	
EAC Code/ **Código EAC:**	36	*NACE Code/* **Código NACE:**	75.11	**Technical Area code / Area Técnica**	36.1
***Effective No.of Personnel/* Número efectivo de Empleados:**	368 planta 85 contratistas		*No.of Shifts/* **Número de Turnos:**	1	
Lead auditor/ **Auditor Líder:**	Ing. Rosmery Cepeda Murcia cepedarouse@yahoo.com 3162320908		*Additional team member(s)/* **Miembro(s) adicional(es) del equipo auditor:**	N.A	
Additional Attendees and Roles / **Asistentes adicionales y roles** **NO APLICA**					

This report is confidential, and distribution is limited to the audit team, audit attendees, client representative, the SGS office and may be subject to Accreditation Body, Certification Scheme owners or any other Regulatory Body sampling in line with our online Privacy Statement which can be accessed here/ Este informe es confidencial, y la distribución se limita al equipo de auditoría, a los asistentes de la auditoría, al representante del cliente, a la oficina de SGS y puede estar sujeto al Organismo de Acreditación, a los propietarios del Esquema de Certificación o a cualquier otra muestra del Organismo Regulador de acuerdo con nuestra Declaración de Privacidad en línea la cual puede ser accedida desde aqui.

1. *Audit objectives/* Objetivos de Auditoría:

The objectives of this audit were/ Los objetivos de la auditoría fueron:

To determine conformity of the management system, or parts of it with audit criteria and its:

- *ability to ensure applicable statutory, regulatory and contractual requirements are met,*
- *effectiveness to ensure the client can reasonably expect to achieve specified objectives, and*
- *ability to identify as applicable areas for potential improvement*

Determinar la conformidad del sistema de Gestión, o partes de ésta con los criterios de auditoría y su:

- Capacidad para asegurar el cumplimiento de los requisitos legales, reglamentarios y contractuales aplicables
- Eficacia para asegurar al cliente que los objetivos específicos son razonablemente logrados, y
- Capacidad para identificar cuando aplique áreas de mejora potenciales.

2. *Scope of certification/* Alcance de la certificación:

Actuar como laboratorio nacional de referencia para la red nacional de laboratorios (coordinación, lineamientos, vigilancia, asistencia técnica y capacitación). Coordinación, asesoría y supervisión de las redes especiales. Investigación científica básica y aplicada en salud y biomedicina. Vigilancia y seguridad en salud pública. Producción de insumos biológicos, reactivos y biomodelos. Análisis y divulgación de la situación de salud de la población colombiana y sus determinantes.			
Has this scope been amended as a result of this audit?/ Ha sido modificado este alcance como resultado de esta auditoría?		☐ *Yes/*Sí	☒ *No/*No
This is a multi-site audit and an Appendix listing all relevant sites and/or remote locations has been established (attached) and agreed with the client/ Esta es una auditoria multisitio y con el cliente se ha establecido y acordado una lista con todos los sitios y/o instalaciones remotas relevantes (anexo).		☐ *Yes/*Sí	☒ *No/*No
For integrated audits, confirm the current level of the client's IMS integration / Para auditorías integradas, confirmar el nivel actual de integración del Sistema de Gestión Integrado del cliente.	☒ N/A	☐ *Basic /* Básico	☐ *High /* Alto

3. *Current audit findings and conclusions/* Hallazgos y conclusiones de la actual auditoría

The audit team conducted a process-based audit focusing on significant aspects/risks/objectives required by the standard(s). ***A*** *sampling process was used, based on the information available at the time of the audit. The audit methods used were interviews, observation of activities and review of documentation and records.* El equipo auditor condujo un proceso de auditoría basado y enfocado en aspectos/riesgos/objetivos significativos como lo requiere la(s) norma(s). Se utilizó un proceso de muestreo, basado en la información disponible a lo largo del tiempo de auditoría. Los métodos utilizados durante la auditoría fueron entrevistas, observación de actividades y revisión de documentación y registros.

The structure of the audit was in accordance with the audit plan and audit plan included as an *annexe to this summary report.* La estructura de la auditoría estuvo de acuerdo con el plan de auditoría incluido como un anexo de este reporte de auditoría.

The audit team concludes that the organization/ El equipo auditor concluye que la organización	☒ *has/* ha ☐ *has not /* no ha	*established and maintained its/* establecido y mantenido su

management system in line with the requirements of the standard and demonstrated the ability of the system to systematically achieve agreed requirements for products or services within the scope and the organization's policy and objectives. Sistema de Gestión de acuerdo con los requisitos de la norma y demostrado la capacidad del sistema para alcanzar sistemáticamente los requisitos establecidos para los productos o los servicios dentro del alcance y los objetivos de la política de la organización.

Number of nonconformities identified/ Número de no conformidades identificadas:	-----	*Major/* Mayor	------	*Minor/* Menor

Therefore the audit team recommends that, based on the results of this audit and the system's demonstrated state of development and maturity, management system certification be/ Por lo tanto el equipo auditor, basado en los resultados de esta auditoría y el estado de desarrollo y madurez demostrado del sistema, recomienda que la certificación del sistema de gestión sea:

☐ *Granted/* Otorgada	☒ *Continued /* Mantenida	☐ *Withheld /* Retenida	☐ *Suspended until satisfactory corrective action is completed/* Sujeta a que la acción correctiva sea completada satisfactoriamente.

4. *Previous Audit Results/* Resultados de Auditorías Anteriores

The results of the last audit of this system have been reviewed, in particular to assure appropriate correction and corrective action has been implemented to address any nonconformity identified. This review has concluded that:/ Los resultados de la auditoría anterior de este sistema se han revisado en detalle, para asegurar que la apropiada corrección y acción correctiva ha sido implementada para atender la no conformidad identificada. Esta revisión concluye que:	
☐	*Any nonconformity identified during previous audits has been corrected and the corrective action continues to be effective. (Refer to section 6 for details) /* Cualquier no conformidad identificada durante auditorias anteriores ha sido corregida y la acción correctiva sigue siendo efectiva: (Consulte la sección 6 para más detalles)
☐	*The management system has not adequately addressed nonconformity identified during previous audit activities and the specific issue has been re-defined in the nonconformity section of this report./* El sistema de gestión no ha tratado adecuadamente la no conformidad identificada durante las actividades de auditoria anteriores y puntos específicos han sido redefinidos en la sección de no conformidades del informe.

5. *Audit Findings/* Hallazgos de auditoria

The audit team conducted a process-based audit focusing on significant aspects/risks/objectives. The audit methods used were interviews, observation of activities and review of documentation and records./ El equipo auditor realizó la auditoría basado en procesos y enfocado en aspectos/riesgos/objetivos significativos. Los métodos utilizados durante la auditoría fueron entrevistas, observación de actividades y revisión de la documentación y de los registros.		
The management system documentation demonstrated conformity with the requirements of the audit standard and provided sufficient structure to support implementation and maintenance of the management system./ La documentación del sistema de gestión demostró conformidad con los requisitos de la norma de auditoria y provee la estructura suficiente para apoyar la implantación y mantenimiento del sistema de gestión.	☒ *Yes/*Sí	☐ *No/*No
The organization has demonstrated effective implementation and maintenance / improvement of its management system and is capable of achieving its policy objectives, as well as and the intended results of the respective management system(s)./ La organización ha demostrado la efectiva implementación y mantenimiento/ mejora de su sistema de gestión y es capaz de alcanzar los objetivos de su política, así como los resultados esperados para el respectivo sistema de gestión.	☒ *Yes/*Sí	☐ *No/*No
The organization has demonstrated the establishment and tracking of appropriate key performance objectives and targets and monitored progress towards their achievement./ La organización ha demostrado el establecimiento y seguimiento apropiado de los objetivos y metas, así como el monitoreo del progreso de los mismos dirigido a lograrlos.	☒ *Yes/*Sí	☐ *No/*No
The internal audit program has been fully implemented and demonstrates effectiveness as a tool for maintaining and improving the management system./ El programa de auditorías internas se lleva a cabo y demuestra su eficacia como herramienta para mantener y mejorar el sistema de gestión.	☒ *Yes/*Sí	☐ *No/*No
The management review process demonstrated capability to ensure the continuing suitability, adequacy, effectiveness of the management system./ El proceso de la revisión por la gerencia demostró su capacidad para asegurar la continua conveniencia, adecuación y eficacia del sistema de gestión	☒ *Yes/*Sí	☐ *No/*No
Throughout the audit process, the management system demonstrated overall conformance with the requirements of the audit standard./ A través del proceso de auditoría, el sistema de gestión demostró conformidad general con los requisitos de la norma de auditoría	☒ *Yes/*Sí	☐ *No/*No

Certification claims are accurate and in accordance with SGS guidance and the organization is effectively controlling the use of certification documents and marks./ Los reclamos de la certificación son exactos y de acuerdo con las guías de SGS y la organización controla eficazmente el uso de los documentos de certificación y marcas.	☒ N/A	☐ *Yes/*Sí	☐ *No/*No

6. *Significant Audit Trails Followed/* Líneas de investigación significativas durante la auditoría

The specific processes, activities and functions reviewed are detailed in the Audit Planning Matrix and the Audit Plan. In performing the audit, various audit trails and linkages were developed, including the following primary audit trails, followed throughout / Los procesos, las actividades y las funciones específicas revisadas se detallan en la matriz de planeación de auditoria y el plan de auditoría. En el desarrollo de la auditoría se siguieron varias líneas de investigación e interacciones, incluyendo las siguientes líneas de investigación primaria de auditoría:

Relating to Previous Audit Results**/ En relación con los resultados de la auditoria anterior:**

No aplica.

Relating to this Audit; including any significant changes (eg: to key personnel, client activities, management system, level of integration, etc.):/ **En relación con esta auditoría; incluyendo cualquier cambio significante (ejemplo: personal clave, actividades de los clientes, sistema de gestión, nivel de integración, etc):**

CAMBIOS EN LA ORGANIZACIÓN

Nose ha generado cambios

USO DEL LOGO SGS

No es utilizado

CONTEXTO DE LA ORGANIZACION

Proceso. Pr. estratégico: planeación institucional
Requisitos. 4.1, 4.2, 7.1.1, 7.1.2
Auditados. Juliana Rivera. Sebastián Villareal, William Jiménez, Dora Veloza, Wilson castro.
Documentos. Caracterización del proceso CAR-D01.0000-001 V5 2022.08.05.
Evidencias.
Se evidencio el Plan de institución de gestión y desempeño 2019-2022. Cumple. Se toma como evidencia: Liderar en Colombia la consolidación de redes de conocimiento, investigación e innovación en temas prioritarios de salud pública para el país con públicos y privados. Se evidencio los avances año. 2021. Se valida el plan de acción FOR-D01.0000-003 V08 21.08.2022 año 2022. Objetivo estratégico #3001. Productos asociados: Servicio de investigación, desarrollo e innovación tecnológica en salud M_11711 (8 actividades). Servicio de investigación, desarrollo e innovación tecnológica en salud M_11411 (3 actividades). Responsable. Dirección de investigación en salud pública. Se valida la información presentada. Cumple. Se evidencio el seguimiento plan de acción T-III y se validó Asi:

- M_11711, las actividades 300111, 300112, 300113, 300114, 300115, 300116. Cumple.
- M_11411 la actividad 300121, cumple.

Se valida el presupuesto. Se evidencio la asignación presupuestal y la disponible real. Cumple. Se evidencio el cruce de los valores iniciales con los reportes entregados por las dependencias. Cumple.

Se valido para las muestras tomadas el reporte del dia 28/11/2022. Cumple. Se vio reporte de la ejecución presupuestal actualizada a 28/11/2022. Cumple.

Seguimiento y medición

1. Certificación política de reconocimiento estratégico y planeación FIRAG. Frecuencia anual. Publicación en el mes de mayo del año siguiente. Se valida año 2021. Resultado quintil 5 manteniéndose en el quinticil más alto. Para el año 2022 se deja la meta de mantener la calificación 84.4. por depender de un tercero se espera resultado para abril-mayo del 2023.

PNC
Para el proceso las salidas no conformes se dan por el incumplimiento de las fechas establecidas para diligenciamiento, envío o publicación de los productos del proceso. No se ha presentado.

Riesgo y oportunidades
RC-12. Riesgo: Operativo. Decisiones ajustadas a intereses propios o de terceros. Se evidencio el análisis y tratamiento al riesgo. Cumple.
No se ha materializado el riesgo de corrupción.

Se evidencio que cada proceso maneja sus partes interesadas Caracterización de usuarios priorizar los grupos de valor. . Se evidencio Partes interesadas anexo 2 partes interesadas. Manual SIG 2021-11-12 V14. Cumple.

Conclusión. Proceso Conforme.

LIDERAZGO

Se valido en todos los procesos.

PLANIFICACIÓN

Proceso Pr. de apoyo: atención al ciudadano
Requisitos. 8.2.1, 9.1.2, 9.1.3
Auditados. Ana Montiel,
Documentos. Caracterización del proceso. POE-A08.0000-001 Medición satisfacción al ciudadano frente a los productos/servicios y atención del INS. POE-A08.0000-002 Gestión de PQRSD. POE-A08.0000-004 Manejo de las comunicaciones oficiales.
Evidencias.
Se evidencio la planeación del proceso.
Plan anticorrupción de atención al ciudadano
Plan de acción
Compromisos de la revisión por la dirección
Lineaciones sectoriales del modelo integral de servicio al ciudadano.

Riesgos y Oportunidades: Se evidencio que el proceso cuenta con un riesgo de corrupción y tres riesgos de gestión.

Seguimiento y medicon
Respuestas a las PQRSD del INS en tiempos establecidos. Meta 100% Resultados I trimestres 97%, II trimestre 93%, III trimestres 96,11%. Cumple.
Clientes o usuarios satisfechos con los productos y servicios prestados por el INS. Meta 96%. Resultado I semestre 99%.
Clientes o usuarios satisfechos con la atención prestada por el INS. Meta 98% Resultado I semestre 94%.

Plan de mejoramiento

- #4620. Requisito: Acuerdo 060 de 2001 "por el cual se establecem pautas para la administracion de las comunicaiocnes oficiales en las entidades publicas y las privadas que cumplen funciones publica. Se evidecio que no se cumplio el plan de mejora 1265 por lo cual se crea e nuevo plan de mejora. Se valida la trazabilidad de la OM. Cumple.

- #4651. Requisito: Decreto 492 de 2020 art. 5. Resolución interna 499 del 2020 at 19 POE-A08.0000-002 Gestión PQRSD V12, numeral 4.2 de condiciones generales. Resultado del indicador del II trimestre "respuesta a las PQRSD del INS en tiempos establecidos. Descripción: incumplimiento de los términos normados para dar respuestas a los peticionarios incumplimiento de lo normado en relación con el asunto de los oficios de respuesta incumplimiento del traslado por no competencia INS. Se valida la trazabilidad de la OM. Cumple.

Se evidencio que el Instituto cuenta con los siguientes canales de atención:
Canal de comunicación escrito: Buzón de sugerencias.
Canal de comunicación telefónico: Se evidencio las líneas de atención.
Canal de comunicación virtual: Correo electrónico, formulario de contacto para PQRSD, Chat de atención al ciudadano.
Canal de comunicación presencial: Punto de atención al ciudadano

PQRS.
Se descarga el listado de todas la PQRS creadas. Se toma como evidencia:
08/03/2022. Queja. Centro Ferretero Mafer SAS. Descripción: Contrato de compraventa No. INS-SASI-365-2021 incumplimiento contractual y graves perjuicios al contratista. Se ingresa a la aplicativo de PQRS, y se valida la respuesta. Cumple. Se valida la radicación donde se observó que fue asignado al área grupo de gestión financiera y lo tramito el grupo de gestión administrativa. Cumple. Se verifico toda la gestión realizada y los documentos adjuntos. Cumple. Se valido el monitoreo a la PQRS. Cumple. Se evidencio la respuesta comunicado 2-2022-001034 del 15/03/2022. Cumple. Se verifica el medio de comunicación y se evidencio que se envió por correo electrónico 17/03/2022. Cumple.

10/10/2022. Queja. Johanna Montiel. Descripción: Verificación de los pagos de la cuota alimentaria ya que se ha presentado incumplimiento. Se ingresa a la aplicativo de PQRSD, y se valida la respuesta. Cumple. Se valida la radicación donde se observó que fue asignado al área grupo de gestión Recursos humanos. Cumple. Se verifico toda la gestión realizada y los documentos adjuntos. Cumple. Se valido el monitoreo a la PQRS. Cumple. Se evidencio documento soporte de actividades FOR-A03.0000.001 V07 2022.09.16 del 22/11/2022 donde se ve el análisis y la conclusión de que no se genera un plan de acción y se da respuesta a la usuaria. Cumple. Cierre. 28/10/2022

Medición de la satisfacción
Indicador. Clientes o usuarios satisfechos con la atención prestada por el INS. Meta 96%. Resultado semestral 99%. Cumple. Se evidencio análisis de los datos.

Se realiza recorrido por la oficina de servicio a cliente y se entrevista al funcionario Andrés Botia, quien estaba en la ventanilla única y correspondencia. Se valido el ingreso de usuarios y se evidencio:

- Servientrega. Informe para equipos de laboratorio.

Se ingresa a la oficina de atención al ciudadano y se observa las actividades de atención al ciudadano en tiempo real. Cumple.

Se entrevista a la funcionaria Angela Carvajal – correo electrónico contáctenos@.

Se entrevista a la funcionaria Yesica González. Llamada telefónica. Se evidencio base call center-2022. Se evidencio la atención de una llamada en directo. En la entrevista ingresa una llamada y se observó la atención en tiempo real. Cumple.

Conclusión. Proceso conforme.

APOYO

Proceso. Pr. estratégico: comunicación institucional
Requisitos. 7.4
Auditados. Carolina Villada.
Documentos. Caracterización proceso CAR-D03.0000-001
Evidencias.
Se valido la Planeación de las estrategias de comunicación interna y externa. Cumple. Se evidencio que se garantiza los lineamientos de identidad y evaluando la percepción de información de los distintos grupos de interés para los mensajes claves, contenidos e información que salen de la Institucional.

Se verifica el Plan de comunicación interna y externo año 2022. Cumple.

Comunicación externa.
Se evidencio caso en vivo Boletín de presentación para el canal RCN. Cumple. Se escuchó la grabación del director. Cumple. Se observo en tiempo real la revisión y se evidencio ajuste y cambio. Cumple. Los medios a los cuales se les entrego el boletín: El Tiempo. De manera controlada se entrega a: Blue radio, RCN radio. Caracol radio.

Con la muestra vista se valida los riesgos que se puedan presentar y se evidencio que están identificados y evaluados. cumplen.

Comunicación interna.
Se evidencio presentación de la comunicación intenta. El área consolida los servicios de comunicación interna y los procesos tiene la posibilidad de generar tiques. Cumple. Dentro de las comunicaciones internas esta: transferencia de conocimiento, Lactancia materna, Boletín jurídico, de vuelta a la INS, entre otras. Cumple.

Conclusión. Proceso Conforme.

Proceso Pr. de apoyo: gestión jurídica
Requisitos. 7.5
Auditados. Diana Uribe. Alejandra vega. Luz Helena Pinzón.
Documentos. Caracterización del proceso
Evidencias.
Se verifica las actividades del proceso asi:

1. Control procesos Judiciales. Se evidencio documento FOR.A07.1200-005 V00 2017.10.27 control de procesos y dependencia judicial. Se evidencio que es revisado periódicamente. Se toma como evidencia Noviembre/25/2022.
    - Gloria María Rivas Ruiz y otros. Clasificación del riesgo 01/07/2022. Acción de grupo. Tema: Minería ilegal. Se ingresa a la aplicativo de la rama judicial y se verifica el movimiento del proceso. No aplica para la institución.
    - Martha Cecilia Diaz Cuspoca. Instituto Nacional de Salud. Nulidad y restablecimiento de derecho contra el acto administrativo que la despidió. Juzgado 27 administrativo. Ultimo movimiento 35/05/2021.

Se evidencio informe de Procesos Judiciales octubre/2022. Se vio las causas por las cuales ha sido demandada INS.

2. Liberación y liquidación de convenios. SECOP. Se evidencio informe con los siguientes resultados:
    - 50 terminados pendientes (liquidación o archivar)
    - 22. proceso de liquidación están con las entidades con las se suscribió el convenio
    - 27 pendiente de cierre por parte del área asesora jurídica.

Se esta trabajando con un aplicativo para llevar el control de los convenios institucionales. Cumple. Se evidencio base de convenios 202-2022.

- #374. Invima. Objeto: Aunar esfuerzo para planear coordinar y desarrollar acciones de estrategia de colaboración y cooperación del 12/07/2017. Total, tiempo convenio 3 años. 2020/07/11. Liquidación liderada por el INVIMA. Se evidencio la trazabilidad del convenio. Cumple.

- 24/02/2020. Acuerdo e colaboración. Unversity of Oxford. Se evidencio la trazabilidad del convenio. Cumple.

- #684/2018. Objeto. Otorgar apoyo económico a la entidad ejecutara en la modalidad de recuperación contingente para el financiamiento del proyecto influencia de las variables meteorológicas (temperatura, humedad y precipitación). Liquidación liderada por MINCIENCIAS. Se evidencio la trazabilidad del convenio. Cumple.

Seguimiento y medición

1. Eficacia en la elaboración de actos administrativos relativos a conceptos toxicológicos (CT) y dictamines técnicos toxicológicos (DTT) para productos plaguicidas de usos en Colombia. Tipo: Gestión. Meta 95%. Frecuencia: trimestral. Resultado: Cumple.

Como OM para el proceso se trabajó el indicador nuevo variación del número de demandas de las causas con PPDA del año en curso con respecto del año anterior. Nuevo. Se evidencio que se esta trabajo en el indicador desde el mes de noviembre con medición anual. Cumple.

Conclusión. Proceso Conforme.

Proceso. Pr. de apoyo: equipo de laboratorio
Requisitos. 7.1.5
Auditados. Mauren Liced López Pineda.
Documentos. Procedimiento adquisición de laboratorio PPOE-A04.0000-144 V00 2022.02.04.
Procedimiento gestión metrológica PO-AO04.0000-001 V13 2022.09.02. Plan de Aseguramiento Metrológico – PAME FORA04.2070-002

Evidencias.
Se verifica las actividades desarrolladas por el proceso asi:

2. Gestionar la adquisición de equipos de laboratorio, instrumentos de medición y apoyo crítico. Se evidencio la trazabilidad de la actividad. Cumple.
3. Informes de operaciones de confirmación metrológica realizadas. Se evidencio la trazabilidad de la actividad. Cumple.
4. Inventario de activos fijos. Se evidencio que el manejado por el almacén general. El área envía copia al área de apoyo. Se evidencio la trazabilidad de la actividad. Cumple. Se evidencio Plan de aseguramiento metrológico FOR-A04-2070-002, se toma como muestra:

- No 5171. Agitador Magnético térmico, Modelo SP-18425 E-703-16-86. 16/05/1986. Área Grupo Parasitología DISP. Cumple.
- Analizador Genético. SP15425.Mantenimiento 2021-04-13. Próximo 2023-04-13. Cumple.
- No. 6571 Centrifuga refrigerada con rotor de 12 puestos TWA-2-E-2300-30-11-89. Fecha de ingreso al INS 30/11/1989. Grupo Banco de Proyectos de Investigación SICT. Mantenimiento 2021-03-17. Próximo mantenimiento 2023-03-17. Cumple.
- No. 37221 Termohigrómetro con Datalogger Marca YOWEXA MOD.GSM-21E Fecha de ingreso 15/02/2022. Grupo de química y toxicología DRSP. Próxima calibración 2022-12-07. Cumple.
- #38677. Congelado refrigerador. Marca Melling. Ingreso 2022-06-08. Garantía. Grupo LFM-Fisiología Molecular. Actividades: MP, CB, CF, VW. Fecha próxima 2023-06-16. Se valida la informe hoja de vida ficha técnica de equipo. Cumple. Se evidencio registro FOR-A04.0000.067 V00 2022.05.27 del equipo. Cumple. Se evidencio registro de servicio técnico y verificaciones metrológicas. Cumple. Se evidencio registro de calibraciones. Cumple. Se evidencio certificado de calibración #MI-0979 del 16/06/2022. Cumple.

Incubadoras. actividades de calibración. Método de ensayo acreditado ONAC. Se evidencio registro equipo #16098. Cumple. Equipo #29512 no tiene información actualizar la información del equipo. Equipo #30417, se evidencio registro de la calibración. Laboratorio Metrolabor. Cumple. Certificado #MET-LT-CC-38762 del 22/11/2022. Cumple.

Conclusión. Proceso Conforme.

Proceso. Pr. de apoyo: gestión ambiental
Requisitos. 7.1.4
Auditados. Yenny Milena Quiroga
Documentos. Procedimiento Determinación de aspectos ambientales significativos, objetivos, metas y programa ambientales POE-A05.0000-001 V06 2020-11-13.
Evidencias.

Se evidencio cronograma de actividades paras los programas aprobados FOR-D01.0000-001 V04 2019.02.01 del 10/01/2022. Cumple.

Se evidencio Matriz identificación de aspectos e impactos ambientales FOR-A05.2094-012 04.09.20202 actualizado a septiembre/2021 para cada proceso. Se toma como evidencia:

- Almacenamiento y manipulación de reactivos, material biológico e Insumos de resultados. generación de vertimientos. Redes en salud pública. Se valida la caracterización de aguas residuales al año en planta de sueros y en el pozo del INS. Se cuenta con una planta de agua residual. Certificado #19304.-1 del 15/09/2022. Cumple.

- Lavado y desafección de material de laboratorio áreas y superficies. Generación de residuos peligrosos y químicos. Áreas investigación en salud pública. Recolección, tratamiento y disposición final de Respel con gestores autorizados. Gestor autorizado EcoCapital y aliados. Se valida última entrega manifiesto de transporte #120232 del 02/11/2022, manifiesto #128519 23/11/2022. Cumple.

- Producción de productos farmacéuticos (sueros antiofídicos) generaciones de emisiones atmosféricas (vapores, material particulado gases). Área de producción. Caldera. Estudio de gases de combustión y estudio de emisiones atmosféricas. Se evidencio informe #19225 del 08/07/2022 125bhp, 50bhp, 14 bhp para la caldera -125 BHP. Se evidencio oficio de la secretaria de medio ambiente con el hallazgo de no cumplimiento por la altura de la chimenea. Se evidencio registro fotográfico de la chimenea con la altura requerida. Cumple.

Se valida los programas de administración ambiental y seguimiento. Se verifica así:

Agua – actividad: Fugas de agua detectadas por gestión ambiental 2022. Notificación. Se evidencio registro fugas de agua solicitud al área de mantenimiento. Septiembre: COE, Hacienda galindo, Planta suero. Se valida las acciones tomadas. Cumple.

Energía – Proyectos:

- Se evidencio presentación proyecto “Fotovoltaico”, (80 paneles solares de 400W, 80 micro inversores. Disminución anual de 12 Ton de CO_2.
- Se evidencio presentación del proyecto “Reconversión tecnológica de equipos de frio: camino a la modernización, sostenibilidad ambiental y energética”. Se evidencio los resultados del proyecto asi: reposición tecnológica de 44 equipos de frio. Aumento del 60% de la capacidad de los equipos de frio. Reducción del 58% emisiones de CO_2 con los nuevos equipos.

Simulacros ambientales.
Se evidencio documento evaluación simulacro 2022. Se valida el plan de trabajo para la planificación del simulacro. Evento: Derrame de ACPM en la actividad de llenado del tanque. Fecha: 28 de junio de 2022 - 11:00 a.m. Cumple. Se veririfica la asignacion de roels, el guion, analisis de riesgo, listado de chequeo, recursos. Cumple. Se evidencio el informe final. Cumple.

El auditado manifestó la participación en la evaluación PREAD. Resultados: ELITE.

Conclusión. Proceso Conforme.

Proceso. Pr. de apoyo: gestión humana
Requisitos. 7.1.6, 7.2
Auditada. Diana Rocío Rojas
Documentos.
Evidencias.
Gestión de conocimiento

- Inducción y Reinducción
- Entrenamiento en el puesto de trabajo
- Procedimientos-

Se evidencio Plan Institucional de capacitación 2022. Objetivo: Ejecutar las actividades del Plan Institucional de Capacitación aprobado. Se evidencio cronograma de inscripción. Se realizo contrato con la Universidad Nacional. Cumple. Se evidencio los cursos con sus temáticas y fechas. Cumple.
Se toma como evidencia:

1. Redacción de artículos científicos elaboración de informes y resumen para eventos científicos. Se valida la grabación, del 29/011/2022 y 01-06/12/2022. Se evidencio grabación. del 29/11/202. Cumple.

2. Manejo de herramientas de estadísticas (Software) como estudios de estadistas, análisis de datos análisis de datos EN EPI INFO del 08-10/11/2022. Se valida a la grabación . cumple.

Las competencias son determinadas en el manual de funciones. Se valida la actividad:
Realizar la selección y vinculación del personal a los cargos vacantes del Instituto de conformidad con lo establecido en el "Procedimiento de Vinculación de Servidores al INS."
Manual de funciones.
Se evidencio la publicación de las vacantes 2022 resolución 0614 del 19/05/2017. Se toma como evidencia:

- Observatorio nacional de salud. Profesional 2028 grado 19. Tipo vacante definitivo. F082 Manual Res 614. Liz Johana Osorio Sánchez. Resolución de nombramiento 0531 de 03/06/2022. Cumple.
- Secretaria general profesional especializado 2028 grado 17 Tipo vacante temporal. F043 Manual Res 1103. Fernando Andrés Urueña. Resolución de nombramiento 0411 13/05/2022. Cumple.
- Dirección de redes. Profesiones universitarias 2044 grado 11 Tipo vacante definitivo. F256 Res Manual Res1103. Omayda Cárdenas. Resolución de nombramiento 587 del 13/06/2022. Cumple.
- Dirección de redes profesional especializado 2028 grado 14 grupo microbiológica Tipo vacante temporal. F232 Manual Res 1103 Está pendiente de publicación. Unificación de manual de funciones. Cumple.

Seguimiento y medición

1. Nivel de satisfacción frente a las actividades de bienestar. Meta 92.9%. Resultado 93.9%. Análisis del I semestre. Cumple.
2. Índice de frecuencia de AT. Meta 2.9. resultado 3.41%. Análisis I semestre. Cumple.

Conclusión. Proceso conforme.

OPERACIÓN

Proceso. Pr. misional: vigilancia y análisis del riesgo en salud pública
Requisito. 6.1, 8.3, 8.5, 8.6, 8.7, 9.1.1, 9.1.3, 10
Auditados. Franklyn Prieto Alvarado.
Documentos. Caracterización del proceso.
Evidencias.
Diseño y Desarrollo
Curso Fronline- modalidad virtual. Se evidencio registro soporte de actividades FOR-A03.00000-001 V06 2018.09.28, del 28/07/2021. Cumple. Se valida toda la trazabilidad del diseño. Se evidencio las entradas, la planificación, revisión, verificación y validación. Cumple. Se evidencio el Procedimiento Diseño Curricular FOR-R02.0000.080 V00 2019.12.13. Cumple. Se valido el resultado final. Cumple.
Se evidencio cronograma de las actividades para el desarrollo del curso. Cumple. Se evidencio documento "curso virtual Epidemiologia de campo de primera línea FETP-FRONTLINE". Nombre del curso: "curso de entrenamiento en Epidemiologia de campo de primera línea FETP-FRONTLINE Colombia". Cumple.

Se valida las actividades del proceso así:

- Planificar las actividades del proceso Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Publica. Periodo 4 años. Se evidencio que el plan de desarrollo está en construcción. Se valida el resultado de los periodos 2019-2022. Se evidencio formulación plan de acción FOR-D001.0000-003. Se toma como evidencia actividad 400011. Actualizar y monitorear los riesgos de gestión y corrupción de los procesos. Trimestral. Se valida el tercer trimestre. Cumple.
- Establecer y actualizar lineamientos para la vigilancia y análisis del riesgo en salud pública. Periodo octubre-noviembre. Divulgar lineamientos. Tableros de visualización Año 2022. Se ingresa en la página web donde se vio la publicación. Se valida las evidencias de la reunión nacional. Cumple. Se valida las novedades en el documento. Cumple. Se evidencio las novedades en la vigilancia de los EISP (evento de interés en salud pública). Cumple. Se evidencia de la reunión temario de la reunión cuyo

objetivo fue: Divulgar las experiencias exitosas en la gestión y operación de la vigilancia y respuesta en salud publica en el territorio nacional. Se vio los archivos que cada departamento de sus presentaciones. Cumple.

- Elaborar y actualizar los protocolos de vigilancia de eventos de interés en salud pública. 15 años. Solo existe protocolos nuevos para enfermedades nuevas. Se evidencio que para el protocolo para covid19 tuvo 14 versiones. Se evidencio la guía metodológica para el desarrollo de protocolos. Se verifica el protocolo para la viruela Símica, se valida el último protocolo de vigilancia (tres versiones) del 29/11/2022. La actualización " caso en mujeres gestantes". Se evidencio el documento. Cumple.

- Desarrollar y operar el Sistema de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Publica. Guías de vigilancia por laboratorio. Informe de unidades de análisis. Se evidencio Boletín epidemiológico. Semana epidemiológica 3 del 4-10/septiembre/2022. Cumple. Semana 46 del 13-19/2022. Cumple.

Se evidencio tablero de control para covid19, la publicación se realiza los jueves. Cumple. Se evidencio tablero de control para viruela 28/11/2022, la publicación se realiza los lunes. Cumple.

Se evidencio informes de los eventos de interés en salud pública. Total 64. Cumple. Se toma como evidencia informe de evento Dengue código 210, 220,580 primer semestre 2022. Cumple.

- Gestionar el riesgo en salud pública.
  Respiración aguda. Alertas de preocupación. Se evidencia tablero de control. Matriz de seguimiento donde se caracterizan las señales. 1069 de brotes reportados de diferentes eventos de salud pública. Influenza aviar. Aves migratorias Canadá. 20/10/2022, Choco foco positivo. Cumple.

Planes de acción de incidentes. Se ingresa a la aplicación. Se abren cuando se activa el centro de operaciones de emergencia. Ultima activación se realizó viruela símica 25/07/2022. PADI #1. Cumple. Se evidencio documento FOR-R02.4220.009. Cumple.

Emitir conceptos toxicológicos de plaguicidas. Conceptos toxicológicos. Se valido para el Cannabis en comidas. Se evidencio toda la trazabilidad. Cumple.

PNC
Protocolos no publicados
Lineamientos no publicados
Documentos que no cumplan las especificaciones técnicas definidas.
Sistema de información no disponibles
No cumplir con la fecha establecida para la entrega o publicación de la información.
Incumplimiento del medio establecido
Incumplimiento del contenido establecido para el desarrollo del curso
No se ha presentado salidas no conformes.

Se valida y se evidencio que no se ha presentado PNC en el proceso.

Conclusión. Proceso conforme.

Proceso. Pr. misional: investigación en salud pública
Requisitos. 6.1, 8.3, 8.5, 8.6, 8.7, 9.1.1, 9.1.3, 10
Auditados. Marcela María Mercados Reyes.

Documentos. Caracterización proceso.
Evidencias
8.3
Innovación Patente "Diagnostico de parasitismo intestinal". Se evidencio el equipo promotor. Cumple. Se evidencio la descripción de la tecnología Giatech-INS. Cumple. Se evidencio la ruta de la innovación – Giatech-INS. Cumple. Se evidencio toda la trazabilidad de la investigación, del diseño y desarrollo. Cumple.

Se valida las actividades del proceso asi:

- Planificar las actividades del Proceso. Plan de acción anual presupuesto. Se evidencio plan de acción T-III. Actividad 3000412. Mantener actualizado los contenidos publicados en la página web de la entidad que sea competencia del proceso. Cumple.

- Generar conocimiento científico, tecnológico e innovación en salud y ciencias biomédicas. Programas o proyectos en ciencia, tecnología e innovación en Salud y Biomedicina aprobados . Total 50 aproximadamente . Se valida el Proyecto Cuida Chagas. Cumple.

- Desarrollar actividades de capacitación y apoyo en la formación del recurso humano, en ciencia tecnología e innovación en salud y biomedicina. Se evidencio documento curso teórico-practico: Secuenciación genómica de SARS-CoV-2. Objetivo: Entrenamiento técnico en secuencias genómica y análisis bioinformático de secuenciación de SARS-CoV-2. Cumple. Se evidencio la presentación del curso. Cumple. Se evidencio certificación de los participantes, el curso se realizó los días 21 al 25 de noviembre de 2022.

Riesgos y oportunidades
Oportunidades
Grupo de Fisiología. Socializar el manejo de los residuos. Se ingresa al SIGEM. OM# 4637.Garantizar que todo el personal que ingrese conozca el correcto manejo de los residuos. Fuente autocontrol. Cumple. Se evidencio registro fotográfico. Cumple.

Riesgos. No se ha materializado. Se evidencio que se realiza monitoreo cuatrimestral. Se evidencio informe del segundo trimestre del 08/09/2022. Cumple.

PNC.
No se ha presentado salidas no conformes.

Seguimiento y medición
1. Eficacia en a la obtención de productos de apropiacion, meta trimestral. Resultado. Cumple.
2. Factor de impacto de la revista Biomédica el INS. Frecuencia: Anual, meta 0.5. Resultado. Cumple.
3. Eficacia en la gestión del conocimiento. Resultado. Cumple.
4. Eficacia Enel desarrollo de productos de nuevo conocimiento científico. Resultado. Cumple.
5. Indicie de citación de publicaciones científicas INS. Resultado. Cumple.

Conclusión. Proceso conforme.

EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO

Proceso. Pr. estratégico: gestión de calidad
Requisitos. 9.3, 10

Auditados. Dora Milena Veloza, Carolina Monroy, Sebastián Villareal
Documentos. Caracterización del proceso
Evidencias.
Acta comité revisión por la dirección Vigencia 2021. Acta No. 01 – 2022 del 30/03/2022.
Se valida el resultado de a revisión de las entradas para la revisión por la dirección y se tomó las siguientes muestras.

- Seguimiento al estado de las acciones de la Revisión por la Dirección anterior. Se observa cumplimiento del 85.7% de los compromisos asignados en el comité de Revisión por Dirección anterior (de 7 compromisos 6 fueron cumplidos). Cumple.
- Los cambios en las cuestiones externas e internas que sean pertinentes al sistema de gestión de la calidad. Se definieron 73 estrategias conforme a la clasificación FO, FA, DO y DA. Se evidencio que se presento tres cambios en tres procesos asi:
  05 Gestión Ambiental. Cumple.
  01 Redes en Salud Pública. Cumple.
  R01 Redes en Salud Pública. Cumple.
- la satisfacción del cliente y la retroalimentación de las partes interesadas pertinentes. Se aplica encuestas. Total, de población 1623 personas. Como resultado de la consolidación de los datos se encuentra que la satisfacción frente a productos y servicios fue del 99%, durante 2021. Cumple.
- El grado en que se han logrado los objetivos de la calidad. Los objetivos están alineados con la estrategia del plan institucional. Se evidencio que se miden a través de los indicadores de gestión y a través de los indicadores plan de acción. Se midieron y evaluaron 47 Indicadores de gestión, de acuerdo al monitoreo de Indicadores de gestión 2021. Se evidencio tabla No.13 relación de indicadores y mediciones 2021. Cumple.
- Las no conformidades y acciones correctivas. Se evidencio el estado de planes de mejoramiento 2021 68% terminados y 32% en proceso a 2021. Cumple.
- Los resultados de las auditorías. La oficina de control interno (OCI) durante la vigencia del año 2021 realizó actividades de evaluación, seguimiento y control al SIG, y generó los informes correspondientes con los resultados obtenidos comunicándolos a los diferentes procesos. Cumple.
- El desempeño de los proveedores externos. Se tienen 11 contratos. Se evidencio que el desempeño de los proveedores fue bueno y cumplieron con las obligaciones descritas en los respectivos contratos, según seguimiento efectuado por los supervisores.
- La eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y las oportunidades. Se vio el análisis de los riesgos materializados y los riesgos nuevos.
  - Materializado: A05 – Gestión Ambiental. Incumplimiento legal en el desarrollo de las actividades propias del INS en el marco normativo ambiental. Plan de mejora 3553. Se ingresa a SIGEM fuente auto control. Cerrado.
  - Nuevo: 10 – Recursos Físicos. Gestión: Daño de Activos durante la ejecución de obras civiles de adecuación y/o mantenimiento de la infraestructura de las sedes del INS. Fecha de documentación 2021-11-09
- Las oportunidades de mejora. Se evidencio la evaluación de los Planes de mejora 2021 8 autocontrol y oportunidad de mejora) con un resultado de cumplimiento del 100%. A través de la herramienta SIGEM, se realiza el seguimiento y evaluación de Eficacia de los planes generados por autocontrol, así como Oportunidades de mejora, los resultados se presentan a continuación:

Se valida las salidas de la revisión y se evidencio las conclusiones en el Acta No. 01 – 2022 del 30/03/2022 página 64 y 65. Cumple

Acciones correctivas
Se ingresa a la plataforma SIGEM y se evidencio los estados de los planes de mejoramiento año 2022. Se toma como evidencia:

- 4620. PM 1265. Se observa que las acciones no han sido eficaces por lo que se genera un plan nuevo el cual está en proceso de implementación. Estado abierto hasta 2023. Cumple.
- 4626 PM 4623 en proceso. Se valida el monitoreo de las actividades con los adjuntos. Cumple

- 4591. Se valida el monitoreo de las actividades con los adjuntos. Cumple
- 4594. Se valida el monitoreo de las actividades con los adjuntos. Cumple
- 4595. Se valida el monitoreo de las actividades con los adjuntos. Cumple

Se entrevista al director del Instituto Sr. Guiovanni Rubiano García. Se evidencio que el director manifiesta dar continuidad y apoyo para fortalecer el SGC, Se compromete a mantener, reforzar y potenciar el SGC. Dentro de los proyectos esta:

- Lograr los objetivos y la satisfacción del cliente. Compromisos nacional e internacional.
- Cuadro de mando de gestión BSC
- Empoderamiento y la sustentación del trabajo en equipo
- Ser colaborativos

Conclusión. Proceso Conforme.

Proceso. Control institucional
Requisitos. 9.2
Auditados. Sebastián Villareal. Cielo Castillo-
Documentos
Evidencias.
Se evidencio Programa auditoria interna aprobado del 28/02/2022. FOR-E-01.0000.001 V11 2021.07.09 Programa de auditorías internas. Ultima aprobación del 15/11/022 con versión 3. Para el SGC programada para septiembre/2022. Auditores externos para realizar la auditoria interna.

Se evidencio Plan de auditoria FOR-E01.0000.003 V10 202.08.19. para ISO 9001:2015. ISO 14001:2015 y Decreto 1072 de 2015. Total, procesos 19. Sede CAN y Hacienda Galindo.

Auditores: Paola Flórez, Adriana Torres y María Montoya. 12/09/2022 al 23/09/2022. Auditoria mixta. Se evidencio Informe general de auditorías al SIG FOR-E01.0000-005 V11 202.08.19. Resultado: cero NC. 12 OM.

Se toma como evidencia:

- Proceso Comunicación institucional. Cero hallazgos. Lista de chequeo auditoria interna FOR-E01.0000-004 V12 2022.08.19. Auditora María Montoya del 13/09/2022.
- Proceso atención al ciudadano. Cero hallazgos. Lista de chequeo auditoria interna FOR-E01.0000-004 V12 2022.08.19. Auditora Paola Flórez del 13/09/2022.
- Proceso investigación en salud pública. Cero hallazgos. Lista de chequeo auditoria interna FOR-E01.0000-004 V12 2022.08.19. auditoria Adriana Torres del 21/09/2022.
- Proceso Jurídica. 2 OM. Lista de chequeo auditoria interna FOR-E01.0000-004 V12 2022.08.19. auditoria María Montoya del 19/09/2022.
- Redes Salud pública. 1 OM. Lista de chequeo auditoria interna FOR-E01.0000-004 V12 2022.08.19. auditoria Paola Flórez del 19/09/2022. Se evidencio tratamiento a al OM se ingresa al SIGEM OM#4652. Se valida monitoreo. Cumple.
- Producción. Cero hallazgos. Lista de chequeo auditoria interna FOR-E01.0000-004 V12 2022.08.19. auditoria Paola Flórez del 20/09/2022.

Competencias auditorias. Se evidencio que la institución cuenta con el registro selección de auditores internos FOR-E01.0000-007 V08 2022.08.19 . Se valido para las tres auditorias. Cumple.

Se valido el seguimiento a las No conformidades y la generación del informe del programa. Se evidencio informe 2021. Informe de evaluación , seguimiento o auditoria internas FOR-E01.1100-007 V04 2021.07.09 del enero/2022. Cumple.

Seguimiento y medición

Evaluación del estado del sistema de control interno del INS. Meta 96%. Frecuencia anual. Resultado 91% año 2021. Se evidencio análisis de los datos. Cumple. **Conclusión.** Proceso Conforme.
MEJORA Ver proceso Pr. estratégico: gestión de calidad.

7. *Nonconformities/* No conformidades

NonConformity / No conformidad:	*No._ of/*de __.	☐ *Major/* Mayor	☐ *Minor/*Menor
*Department/Function/*Departmento/Función:		*Standard Ref/* Cláusula norma:	
Document Ref./ Document Ref.:		*Issue / Rev. Status/*Edición/Revisión	
Details of Nonconformity/ Detalles de No conformidad:			

Client Proposed Action to Address Minor Non-Conformances Raised at this Audit / acción propuesta por el cliente para atender las no conformidades emitidas en esta auditoria: **No aplica**

Nonconformities detailed here shall be addressed through the organization's corrective action process, in accordance with the relevant corrective action requirements of the audit standard, including actions to analyse the cause of the nonconformity and prevent recurrence, and complete records maintained. /Las No Conformidades detalladas aquí deberán ser tratadas según el proceso de acción correctiva de la organización, siguiendo los requisitos relevantes de la acción correctiva de la norma de auditoría, incluyendo las acciones tomadas para analizar las causas de la no conformidad y prevenir su recurrencia, y manteniendo los registros completos.	
☐	*Corrective actions to address identified major nonconformities shall be carried out immediately including a cause analysis, and SGS notified of the actions taken within 30 days. An SGS auditor will perform a follow up visit within 90 days to confirm the actions taken, evaluate their effectiveness, and determine whether certification can be granted or continued./* Las acciones correctivas para tratar las no conformidades Mayores identificadas deberán ser atendidas inmediatamente incluyendo el análisis de causa y se notificará a SGS de las acciones tomadas en el plazo de 30 días. Un auditor de SGS realizará **una visita de seguimiento** en el plazo de 90 días para confirmar las acciones tomadas, para evaluar su eficacia y para determinar si la certificación puede ser concedida o continuar.

☐	*Corrective actions to address identified major nonconformities shall be carried out immediately including a cause analysis, and records with supporting evidence sent to the SGS auditor for close-out within 90 days/* Las acciones correctivas para tratar no conformidades mayores identificadas, deberán ser realizadas inmediatamente incluyendo el análisis de causa, y los registros con la evidencia de soporte enviados al auditor de SGS en un plazo de 90 días.
☐	*Corrective Actions to address identified minor non conformities including a cause analysis, shall be documented on a action plan and sent by the client to the auditor within 90 days for review. If the actions are deemed to be satisfactory they will be followed up at the next scheduled visit/* Las acciones correctivas para tratar las no conformidades menores identificadas incluyendo el análisis de causa, deberán ser documentadas es un plan de acción y ser enviados al auditor de SGS en un plazo de 90 días para su revisión. Si las acciones son consideradas satisfactorias su seguimiento se realizará en la siguiente visita programada.
☐	*Corrective Actions to address identified minor non-conformities including a cause analysis, have been detailed on an action plan and the intended action reviewed by the Auditor, deemed to be satisfactory and will be followed up at the next scheduled visit./* Las acciones correctivas para tratar las no conformidades menores identificadas incluyendo el análisis de causa, han sido detalladas en un plan de acción y las acciones propuestas revisadas por el auditor, son consideradas satisfactorias y su seguimiento se hará en la siguiente visita programada.
☐	Appropriate cause analysis and immediate corrective and preventative action taken in response to each non-conformance as required/ Es adecuado el análisis de causas de acciones correctivas y preventivas inmediatas, en respuesta a cada no conformidad según corresponda.

Note:- Initial, Re-certification and Extension audits – recommendation for certification cannot be made unless check box 4 is completed. For re-certification audits the time scales indicated may need to be reduced in order to ensure re-certification prior to expiry of current certification.

Nota: - Auditorias Inicial, Re certificación y de Extensión – las recomendaciones para la certificación no pueden ser hechas a menos que la lista de chequeo del numeral 4 haya sido diligenciada. Para auditorias de re certificación las tablas de tiempo podrán necesitar ser reducidas para asegurar la re certificación antes de que el certificado vigente expire.

Note: At the next scheduled audit visit, the SGS audit team will follow up on all identified nonconformities to confirm the effectiveness of the corrective actions taken

Nota: - Para la siguiente visita programada, el equipo auditor de SGS hará el seguimiento a las no conformidades identificadas para confirmar la eficacia de las acciones correctivas tomadas.

8. General Observations & Opportunities for Improvement/ Observaciones Generales y Oportunidades para Mejora

La auditoria se realizo 100% remota plataforma Microsoft Teams. No se requiere tiempo adicional . Se cumplio con los objetivos de la auditoria.

Se concluye que el sistema de gestión del Instituto es adecuado, conveniente a los nuemrales de la norma auditada. Se observo alto compromiso por parte de los funcionarios auditados.

9. Opening and Closing Meeting Attendance Record/ *Registro de Asistencia de Reuniones de Apertura y Cierre.*

Name/*Nombre*	Position/*Puesto*	Opening/ *Apertura*	Closing/ *Cierre*
VER REGISTRO DE ASISTENCIA			

FIN DE INFORME