



Bureau Veritas Certificación
Certificación de Sistemas de Gestión
Informe de Auditoría de
Ampliación de Alcance + Visita de Seguimiento 1
ISO.14001.2015

Bureau Veritas Certificación

UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA

| Información de la Organización | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------|-------------------------------------|
| Nombre de la Organización | Universidad de Cundinamarca | | | | | |
| Dirección | Diagonal 18 No. 20 - 29 Fusagasugá, Cundinamarca | | | | | |
| Teléfono No. | 3003241084 | Sitio web | https://www.ucundinamarca.edu.co/ | | | |
| Contrato(s) No(s). | 6987630 | | | | | |
| Información de Contacto | | | | | | |
| Nombre persona contacto | Sandra Milena Leon Garcia | Teléfono No. | 3003241084 | | | |
| Dirección e-mail | sgambiental@ucundinamarca.edu.co | | | | | |
| Información de la Auditoría | | | | | | |
| Norma(s) | ISO.14001.2015 | 0 | 0 | 0 | 0 | Integrada: <input type="checkbox"/> |
| Código(s) | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| Nº de Empleados | 4 | Nº Turnos: | | | 1 | |
| Tipo de Auditoría | Ampliación de Alcance + Visita de Seguimiento 1 | | | | | |
| Alcance de Auditoría | Revisión de los requisitos de la normas ISO 9001:2015, ISO 14001:2015 e ISO 45001: 2018 versus el Ssistema de Gestión de Investranstur | | | | | |
| Fecha Inicio Auditoría fase 1 o seguimiento: | 28/11/2023 | Fecha Fin Auditoría fase 1 o seguimiento: | | | 28/11/2023 | |
| Fecha Inicio Auditoría fase 2: | No Aplica | Fecha Fin Auditoría fase 2: | | | No Aplica | |
| Próxima visita antes de: | 1/10/2024 | Duración (días) de la próxima visita: | | | | |
| Información del Auditor | | | | | | |
| Auditor Líder: | William Jael Callejas Basto | | | Iniciales líder: | WJCB | |
| Auditor (es) (Miembros de) | William Jael Callejas Basto | 0 | | | 0 | |
| Especialista | 0 | | | | | |
| Horario de los Turnos de la Organización | Turno 1: 8:00Am A 5:30 PM | Turno 2: | Turno 3: | Turno 4: | Turno 5: | Turno 6: |
| Si se trata de una auditoria "multi-site", se establece un Apéndice relacionando todos los emplazamientos relevantes y/o centros remotos establecidos y anexos al informe de auditoría. | | | | | | |
| Distribución | Cliente / Equipo Auditor / Oficina BV Certification | | | | | |

Resumen de los hallazgos de la auditoria

| | | | | | |
|-----------------------------------------------|----|------------------------------------------|-----------|-----------|-----------|
| No. De No conformidades registradas: | | Mayor | 0 | Menor | 2 |
| ¿Se requiere una Auditoría Extraordinaria? | NA | Duración de la Auditoría Extraordinaria: | | No Aplica | día(s) |
| Fechas reales de la auditoria extraordinaria: | | Inicio: | No Aplica | Final: | No Aplica |
| Observaciones auditoria extraordinaria: | | No Aplica | | | |

Recomendación del equipo Líder

| Normas (s) | Recomendación | | |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------|---|---|
| ISO.14001.2015 | Tramitada, sujeta a un plan de acciones correctivas satisfactorias | | |
| 0 | 0 | | |
| 0 | 0 | | |
| 0 | 0 | | |
| 0 | 0 | | |
| Auditor Líder: | Auditor(es) Miembros del equipo | | |
| William Jael Callejas Basto | William Jael Callejas Basto | 0 | 0 |
| | 0 | 0 | 0 |
| | 0 | 0 | 0 |
| | 0 | 0 | 0 |
| | 0 | 0 | 0 |

**Alcance de Certificación junto con la no aplicabilidad
(declaración de alcance debe ser verificada y aparecerá en el siguiente espacio)**

Prestación de los servicios de formación, aprendizaje, interacción social universitaria, ciencia tecnología innovación

| | | | | |
|--------------------|---------|--|--|--|
| Alcance Sitio 21+: | #¡REF! | | | |
| Alcance Sitio 51+: | #¡REF! | | | |
| Alcance Sitio 71+: | #¡REF! | | | |
| Acreditación: | ONAC | | | |
| Idiomas: | Español | | | |

Instrucciones Adicionales (instrucciones adicionales para el certificado o información para la oficina):

RESUMEN DE AUDITORIA

Objetivos de la auditoria:

Objetivos generales:

- a) Determinar la conformidad del sistema de gestión de la organización, o parte de dicho sistema, con los criterios de auditoría.
- b) Evaluar la capacidad del sistema de gestión para asegurar que la organización cumple con los requisitos legales, reglamentarios y contractuales asociados al sistema de gestión objeto de auditoria.
- c) Evaluar la eficacia del sistema de gestión para asegurar que la organización es capaz de cumplir los objetivos especificados del sistema de gestión.
- d) Identificar las áreas en las que la organización puede tener mejoras potenciales del sistema de gestión.

Objetivos de la fase 1:

- a) Revisar la información documentada del sistema de gestión de la organización.
- b) Evaluar las condiciones específicas del sitio e intercambiar información con el personal de la organización con el fin de determinar el estado de preparación para la etapa 2.
- c) Revisar el estado de la organización y su grado de comprensión de los requisitos de la norma, en particular en lo que concierne a la identificación del desempeño clave o de aspectos, procesos, objetivos y funcionamiento significativos del sistema de gestión.
- d) Recopilar la información necesaria correspondiente al alcance del sistema de gestión, que incluye:
 - las ubicaciones de la organización.
 - los procesos y equipos empleados.
 - los niveles de controles establecidos.
 - los requisitos legales y reglamentarios aplicables al sistema de gestión.
- e) Revisar la asignación de recursos para la etapa 2 y acordar con la organización los detalles de ésta.
- f) Proporcionar un enfoque para la planificación de la etapa 2 mediante la comprensión suficiente del sistema de gestión de la organización y de las operaciones del sitio en el contexto de la norma del sistema de gestión u otros documentos normativos.
- g) Evaluar si las auditorías internas y la revisión por la dirección se planifican y realizan, y si el nivel de implementación del sistema de gestión confirma que la organización está preparada para la etapa 2.

Objetivos de la fase 2:

Evaluar la implementación, incluida la eficacia del sistema de gestión de la organización incluyendo:

- a) La información y evidencia de la conformidad con todos los requisitos de la norma de sistemas de gestión aplicable u otros documentos normativos.
- b) La realización de seguimiento, medición, informe y revisión con relación a los objetivos y metas de desempeño clave.
- c) La capacidad del sistema de gestión de la organización y su desempeño en relación con el cumplimiento de requisitos legales, reglamentarios y contractuales aplicables a éste.
- d) El control operacional de los procesos de la organización.
- e) Las auditorías internas y la revisión por la dirección.
- f) La responsabilidad de la dirección en relación con las políticas de la organización.
- g) Relación entre los requerimientos normativos, política, objetivos de desempeño y metas (consistente con las expectativas en la norma del sistema de gestión aplicable u otro documento normativo), cualquier requerimiento legal aplicable, responsabilidades, competencias de personal, operaciones, procedimientos, datos de rendimiento y hallazgos de auditoría interna y conclusiones.
- h) Para sistemas de gestión de seguridad y salud en el trabajo confirmar que todos los peligros identificados como significantes son controlados dentro del sistema de gestión.
- i) Verificar que el personal legalmente responsable en sistemas de gestión de seguridad y salud en el trabajo con responsabilidades en cuanto al monitoreo de la salud de los trabajadores, representante de los trabajadores y otras responsabilidades en cuanto al sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo participaron en la reunión de cierre. En caso de ausencia debe quedar registrada la justificación respectiva.

Objetivos de la auditoría de seguimiento:
 El alcance del seguimiento es asegurar el cumplimiento del sistema de gestión del cliente certificado de los requerimientos específicos con respecto a la norma. Este debe incluir:

- Auditorías internas y revisión por la dirección.
- Una revisión de las acciones tomadas en las no conformidades identificadas durante la auditoría previa.
- Tratamiento de quejas.
- Efectividad del sistema de gestión revisando el logro de los objetivos del cliente certificado
- Progreso de actividades planeadas enfocadas al mejoramiento continuo
- Control operacional continuo
- Revisión de cualquier cambio, y
- Uso de logo y/o cualquier otra referencia de la certificación.

Objetivos de la auditoría de recertificación:
 El alcance de la auditoría de recertificación es evaluar el cumplimiento continuo de todos los requerimientos de la norma del sistema de gestión (u otro documento normativo relevante). El propósito de la auditoría de recertificación es confirmar la conformidad continua y efectividad del sistema de gestión como un todo y su relevancia continua y aplicabilidad para el alcance de la certificación.
 Esto debe incluir lo siguiente:

- La efectividad del sistema de gestión en su totalidad, a la luz de los cambios internos y externos y su relevancia continua y aplicabilidad al alcance de la certificación.
- Compromiso demostrado de mantener la efectividad y mejora del sistema de gestión para maximizar el rendimiento de la organización.
- Revisar si la operación del sistema de gestión certificado contribuye al logro de la política y objetivos de la organización.

| | | | | |
|--------------------------------------------------|---------|---|---------|---|
| Nº de no conformidades de la anterior auditoría: | Mayores | 0 | Menores | 5 |
| Nº de no conformidades cerradas: | Mayores | 0 | Menores | 5 |
| Nº de no conformidades abiertas de nuevo: | Mayores | 0 | Menores | 0 |

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Las conclusiones de la revisión de las NC (o áreas de Preocupación identificadas en Fase 1) inmediatamente anteriores son: | <p>Se evidencia cierre de las 5 No conformidades presentadas en la auditoria de certificación de INCONTEC.</p> <p>Se evidencia plan de acción 828 de las 5 No Conformidades de la auditoria de certificación de INCONTEC</p> <p>La NC1 se menciona que la organización no determina cuales de las necesidades y expectativas se convierten en requisitos legales, la causa raíz fue que la matriz no se definía cuales se necesidades y expectativas se convertían en requisitos legales. El plan de acción estableció realizar la reunión revisar procedimiento, actualizar procedimiento gestión de riesgo y oportunidades, actualizar el formato de partes interesadas.</p> <p>Se evidencia actualización Formato Matriz partes interesadas SGF036 versión 6 del 6 de julio 2023 donde se incluyó columna de se convierte en requisito legal. El estado de la No Conformidad es Cerrada.</p> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Verificación del ciclo completo previo de informes de Auditoría de Bureau Veritas Certificación | No aplica |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Insumos básicos y planificación inicial: (Actividades/locaciones/procesos/funciones de la organización basados en el plan de auditoría que fue presentado y se acordó con el auditado antes de la auditoría y fueron cubiertos y enumerados en la Sección de Resumen de Auditoría (Matriz de Auditoría) del informe) | Se presentó el plan de auditoría el cual fue enviado el 24 de noviembre de 2023, se acordó el plan con el Cliente y conforme a esto se acordó el tiempo para cada una de las sedes a visitar. |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| Personas Claves Entrevistadas / Involucradas | |
|----------------------------------------------|---------------------------------------------|
| Sandra Milena Leon Garcia | Directora Area Sistema de Gestion Ambiental |
| Carolina Gomez | Directora de Control Interno |

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Adriana Torres Espitia | Directora Planeación |
| Ricardo Andres Jimenez Nieto | Director de Bienes y Servicios |
| Hallazgos de Auditoria | |
| <p>El equipo auditor ha realizado una auditoría basada en los procesos, centrada en los aspectos significativos, riesgos y objetivos. La metodología de auditoría empleada ha consistido en entrevistas, observación de las actividades y revisión de documentos y registros</p> <p>La Auditoría en sitio inició con una Reunión de Apertura, contando con la asistencia de altos directivos de la organización.</p> <p>Los hallazgos de auditoría fueron comunicados a la Dirección de la Organización durante la Reunión de Cierre, al igual que las conclusiones finales referentes a los resultados de la auditoría y recomendaciones dadas por el equipo auditor.</p> | |
| Adecuación de la documentación del sistema de gestión: | Se evidencia un sistema de gestión maduro en documentación el cual cuenta con información documentada tal como formatos, procedimientos, manuales entre otros. Los documentos se establecen a partir del procedimiento Producción de Documentos con código ADOPO1 versión 8 del 15 de octubre de 2020. |
| Validación de alcance: | <p>Se evidencia acta 001 del 1 de agosto de 2023 del proyecto ingeniería ambiental donde se realizó la reunión acogida de docentes 2023 – 2 en el punto 5 lineamientos institucionales de se menciona que se recuerda a los profesores la importancia de revisar y apropiar los aspectos relacionados con el modelo de operación digital y a los sistemas de gestión (SGA, SGSST, SGSI).</p> <p>Se evidencia presentación de reunión de acogida de docentes, donde se socializa el sistema de gestión integrada ubicado en el micrositio web.</p> <p>Se presenta acta 011 del 2 de octubre de 2023 del proyecto ingeniería agronomica la cual tuvo por objeto capacitación de productos químicos donde se recalco temas tales como manejo de la matriz de compatibilidad, sistema globalmente armonizado.</p> <p>Se evidencia Soporte Registro de asistencia con código ESGF015 versión 9 donde se realiza capacitación el 15 de febrero de 2023 a los docentes y estudiantes donde se explico el tema del SGA, Residuos, austeridad en el laboratorio, kit de derrames.</p> <p>Se presenta evidencia fotografica de participación en jornada de siembra de mas de 400 especies arboreas realizada el 10 de noviembre de 2023, que fue realizada en la unidad Agroambiental.</p> <p>Se informa que la CAR invito a la universidad y en representación asistió el proyecto de Ingeniería Ambiental para la formulación del PGAR 2024 - 2025 donde asistieron el 27 de julio del 2023 los</p> |
| No Aplicabilidad de Requisitos (Justificación): | No aplica |
| Nivel de Integración: (En caso de una auditoria de sistemas de gestión integrado) | No aplica |

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Cumplimiento de los compromisos de la Política y Objetivos:</p> | <p>Se cuenta con el Micrositio que se deriva de la página principal de la Universidad de Cundinamarca donde se tiene acceso al sistema de Gestión ambiental, se evidencia Resolución 155 de 2018 donde la Rectoría acogiera Política de Gestión Ambiental donde en el artículo 2 establece la política ambiental en su artículo 4 establece los objetivos ambientales donde se tienen entre otros : Asegurar una cultura ambiental institucional en el marco de su compromiso de la educación formadora para la vida, los valores democráticos, la civilidad y la libertad. Establecer programas de manejo ambiental con enfoque de mejoramiento continuo que permiten fortalecer el PIGA.</p> <p>La resolución fue firmada el 14 de noviembre de 2018 por el rector.</p> <p>Se evidencia Registro de Asistencia del 25 de julio de 2023 donde se realiza actividad de acogida vida universitaria 2023-2 en el cual se presenta el sistema de gestión ambiental para los nuevos estudiantes de la universidad. Se evidencia en el curso se dicta entre otros Sistemas Certificados de la Universidad, como reportar PQRS del SGA, Política Ambiental y programas del SGA.</p> <p>Se evidencia presentación Inducción y Reinducción donde se menciona la Resolución 155 de 2018, objetivos del SGA, entre otros.</p> <p>Se evidencia Registro de Asistencia de fecha 9 de febrero de 2022 donde se realizó inducción y reinducción y asistieron 9 personas entre nuevas v/o cambio de trabajo.</p> |
| <p>Uso de tecnología de la información y comunicación (TIC) para fines de auditoría/evaluación</p> | |
| <p>Las TIC utilizadas durante el ejercicio de auditoria fueron eficaces y efectivas:</p> | <p>NA</p> |
| <p>Comentarios:</p> | <p>No aplica</p> |

Descripción de la conformidad y capacidad del sistema de gestión:

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>General: (Descripción general de la Organización, de su contexto y de las acciones para abordar los riesgos y oportunidades, también debe mencionar los sitios y locaciones cubiertos en la auditoría)</p> | <p>En el micrositio del Sistema de Gestión Ambiental se cuenta con el Plan Institucional de Gestión ambiental con código ESG-SGA-PL1 en el numeral 4.1 contexto de la organización se hace un análisis de cada sede de la flora, fauna, cuerpos hídricos, observaciones. Para el caso de la sede Girardot se tiene que en flora acacias rojas, ocobo, Tulipán africano, mango, totumo, caucho, Neem, entre otros. Para la fauna se identifica, buho, iguana de paso y zorro cangrejero, para el caso hídricos se tiene la quebrada Agua Blanca.</p> <p>Para el caso de la sede Facativa se tiene flora, Durantas, Agapantos, Eugénias, Payanesa, Laurel, Huesito, Clavel. Fauna Tinajo, zorro, murciélagos, búhos, gavilanes torcasas, miras, colibríes, entre otros. Cuerpo hídrico Río Botello.</p> |
| <p>Gestión del cambio en el Sistema de gestión</p> | <p>No aplica</p> |
| <p>Gestión de las quejas y reclamos de la empresa auditada</p> | <p>No aplica</p> |
| <p>Planificación:</p> | <p>Se tiene el documento Gestión de riesgos y oportunidades con código ESGR28 se identifican riesgos tales interrumpir la continuidad del proceso por posibles incumplimientos No actualización de requisitos legales, afectación desempeño ambiental, interrumpir la continuidad del Sistema de Gestión Ambiental, afectación del desempeño ambiental por malas prácticas ambientales.</p> |
| <p>Continúa planificación:</p> | <p>Se cuenta con el documento matriz de identificación de aspectos y evaluación de impactos ambientales con código ESG-SGA-R-002, versión 2 del 28 de septiembre de 2022.</p> <p>Se cuenta con aspecto generación de vertimientos, residuos o emisiones por desarrollo de actividades de contratistas, el impacto asociado afectación del suelo, agua, atmósfera generado por incidentes ambientales al calificar día 12 bajo, entre los controles están inventario de sustancias y controles químicos, plan de emergencias y contingencias, disposición de residuos peligrosos.</p> <p>Generación de residuos de aceite de cocina usado por desarrollo de actividades de contratistas permanentes por cocina el impacto asociado es afectación de suelo por generación de residuo la calificación día 120 alto y se tiene como controles, seguimiento a la generación de vertimientos, generación de trampa de grasa, inscripción como generador de residuos de aceites y entrega de residuos a gestor de aceite vegetal autorizado.</p> |

| | |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Implementación y operación:</p> | <p>Se cuenta con informe de caracterización de la sede Tibar del 19 de septiembre de 2023 donde por intermedio de Chemilab se realizó la caracterización conforme a la Resolución 699 de 2023 conforme al reporte los valores se encuentran bien, algunos se nota un aumento valores historico pero se encontraban en la norma.</p> <p>Se cuenta con informe el 19 de septiembre de 2023 realizado por Chemilab laboratorio donde se realizó muestreo puntual al a cafeteria sección Ubaté realizado a las 12:22 pm, los valores de la trampa de grasa se encuentran por encima de los valores de grasas de aceites.</p> <p>Se presenta recolección del 11 de septiembre de 2023 donde salieron 1230 kg. Se cuenta con certificado de aguas residuales no PTAR 6758 del 21 de septiembre de 2023.</p> <p>Se evidencia manifiesto de transporte 430159 del grupo ASEI donde se recogio el 28 de noviembre de 2023, material contaminado 3 kg, biosanitario 2.15 Kg, sustancias químicas 30,30 Kg.</p> <p>Se evidencia manifiesto de transporte 430161 del grupo ASEI donde se recogio el 28 de noviembre de 2023, cortopunzante 0,50 kg, luminarias 3,45 kg, tonner 6,30.</p> <p>Se evidencia manifiesto de transporte 348238 del grupo ASEI donde se recogio el 10 de septiembre de 2023, cortopunzante 197,2, tonner 1,6, farmacos 4,4.</p> |
| <p>Continúa implementación y operación:</p> | <p>Se cuenta con Resolución 4249 del 19 de diciembre de 2019, expedida por la CAR, donde se autoriza sección a la empresa biológicos y Contaminados ESPS para tener actividad de amacernamiento de residuos peligrosos de origen hospitalario e industrial, mediante instalación y operación de autoclave dinamica tipo Digestor con capacidad de 200 kg Hora.</p> <p>Se evidencia documento Levantamiento de Información Huella de Carbono, Fenalco Solidaria, donde se realiza inventario de vehiculos por tipo de combustible, consumos de energia, Kg de Residuos a incineración. Se evidencia correo del 30 de noviembre de 2023 enviado a, Interacción social universitaria del correo de la Sistema de Gestión Ambiental donde se envia el documento de levantamiento de información de Huella de Carbono para Fenalco.</p> <p>Se evidencia correo del 30 de noviembre de 2023 de interacción institucional dirigido a fenalco solidario</p> |
| <p>Seguimiento y medición:</p> | <p>Se evidencia Seguimiento plan de acción del 20 de septiembre de 2023 para la vigencia 2023, primer y segundo semestre donde Planeación valida se han cumplido el 100% de las actividades del Sistema de Gestión Ambiental.</p> <p>Se evidencia se lleva datos estadísticos de Cultura Ambiental donde se miden interacciones 1461 interacciones las cuales fueron a corte de noviembre de 2023, donde se esperaba las interacciones fueran mas de 1000. La interacción es contada por participación de una persona.</p> <p>Se evidencia indicador 100% en instalación de ahorradores de agua y energia, por los sanitarios</p> |
| <p>Continúa seguimiento y medición:</p> | <p>Se evidencia consumo de energia para el mes de marzo fue 7598 kW/h para una población de 1396.</p> <p>Se cuenta consumo de enero 366 kW/h y la población es 46 personas.</p> <p>Se cuenta con consumo de agua 104.5m3 para una población de 46 personas para el mes de enero.</p> <p>Se cuenta con consumo de agua 98m3 para una población de 1241 personas para el mes de agosto.</p> |

Se evidencia plan de acción 826 de las 5 No Conformidades de la auditoría de certificación de INCONTEC

La NC1 se menciona que la organización no determina cuales de las necesidades y expectativas se convierten en requisitos legales, la causa raíz fue que la matriz no se definía cuales se necesidades y expectativas se convertían en requisitos legales. El plan de acción estableció realizar la reunión revisar procedimiento, actualizar procedimiento gestión de riesgo y oportunidades, actualizar el formato de partes interesadas.

Se evidencia actualización Formato Matriz partes interesadas SGF036 versión 6 del 6 de julio 2023 donde se incluyó columna de se convierte en requisito legal. El estado de la No Conformidad es Cerrada.

Mejora:

| | |
|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Contiúa mejora:</p> | <p>La NC4 la organización no se asegura de mantener infomación actualizada de riesgos y oportunidades. La causa raiz fue falta de articulación del sistema de gestión de la Calidad y el Sistema de Gestion ambiental. Se establecio como plan de acción asignar un gestor de calidad, realizar un cronograma de plan de trabajo de articulación.</p> <p>Se evidencia documento Cronograma de actividades codigo EP001 versión 6 del 15 de diciembre de 2020 donde lel1 de marzo de 2023 se documento plan de trabajo entre areas con 14 actividades tales como asignación gestor ambiental, actualización matriz de riesgos y oportunidades, actualización indicadores, entre otras.</p> <p>La NC esta cerrada.</p> <p>La NCF la organización no controla las necesidades ambientales de las partes interesadas. El Plan</p> |
| <p>Áreas de preocupación Fase 1:</p> | <p>No Aplica</p> |
| <p>Conclusiones fase 1 (Seleccionar de la lista desplegable):</p> | |
| <p>Recomendación de Fase 1:</p> | <p>Sobre la base de la auditoría de Etapa 1 realizada y la evaluación de su nivel de preparación, el equipo auditor opina que la organización puede:</p> |
| <p>Fortalezas</p> | |
| <p>Gestión ambiental en las unidades agroambientales</p> | |
| <p>ADN ambiental en la universidad de Cundinamarca</p> | |
| | |

| No Conformidades | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|------|-----------|----------------|
| NCR 1: (numeral de la norma) | 5,3 | Auditor: (3 iniciales- mayúscula) | WJCB | Norma(s): | ISO.14001.2015 |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Área: (Proceso) | Talento Humano | | | | |
| Clasificación: | Menor | | | | |
| REQUERIMIENTO ESTÁNDAR AUDITADO | Roles, responsabilidades y autoridades | | | | |
| REQUERIMIENTO ESTÁNDAR AUDITADO | | | | | |
| REQUERIMIENTO ESTÁNDAR AUDITADO | | | | | |
| DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD | <p>Durante la revisión de los requisitos asociados a las responsabilidades y autoridades del SGA se evidenciaron las siguientes desviaciones las cuales son un incumplimiento a la norma ISO 14001:2015 en su numeral 5.3:</p> <ol style="list-style-type: none"> No se ha designado la responsabilidad del SGA “informar a la alta dirección sobre el desempeño del sistema de gestión ambiental, incluyendo su desempeño ambiental.” No se ha definido la autoridad frente al SGA entre la Dirección de Planeación y la Coordinación del Sistema de Gestión Ambiental | | | | |
| EVIDENCIA OBJETIVA PARA DECLARAR LA NC Y JUSTIFICACIÓN DEL GRADO (MAYOR O MENOR) | <ol style="list-style-type: none"> No se ha designado la responsabilidad del SGA “informar a la alta dirección sobre el desempeño del sistema de gestión ambiental, incluyendo su desempeño ambiental.” No se ha definido la autoridad frente al SGA entre la Dirección de Planeación y la Coordinación del Sistema de Gestión Ambiental | | | | |
| NCR 2: (numeral de la norma) | 8,1 | Auditor: (3 iniciales- mayúscula) | WJCB | Norma(s): | ISO.14001.2015 |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Área: (Proceso) | Sistemas Integrados de Gestión | | | | |
| Clasificación: | Menor | | | | |
| REQUERIMIENTO ESTÁNDAR AUDITADO | Planificación y control operacional | | | | |
| REQUERIMIENTO ESTÁNDAR AUDITADO | | | | | |
| REQUERIMIENTO ESTÁNDAR AUDITADO | | | | | |
| DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD | <p>Durante la revisión de los requisitos asociados al control operacional se evidenció no se cuenta en la seccional Ubaté con trampa de grasa en la cafetería, que garantice control al aspecto ambiental generación de vertimientos, lo cual es un incumplimiento a lo establecido en la norma ISO 14001:2015 numeral 8,1</p> | | | | |
| EVIDENCIA OBJETIVA PARA DECLARAR LA NC Y JUSTIFICACIÓN DEL GRADO (MAYOR O MENOR) | <p>Se evidenció en el recorrido del día 4 de diciembre de 2023, que la cafetería no cuenta con trampa de grasa</p> | | | | |
| NCR 3: (numeral de la norma) | | Auditor: (3 iniciales- mayúscula) | WJCB | Norma(s): | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Área: (Proceso) | | | | | |
| Clasificación: | | | | | |
| REQUERIMIENTO ESTÁNDAR AUDITADO | | | | | |
| REQUERIMIENTO ESTÁNDAR AUDITADO | | | | | |
| REQUERIMIENTO ESTÁNDAR AUDITADO | | | | | |

| | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------|------|-----------|--|
| DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD | | | | | |
| EVIDENCIA OBJETIVA PARA DECLARAR LA NC Y JUSTIFICACIÓN DEL GRADO (MAYOR O MENOR) | | | | | |
| NCR 4: (numeral de la norma) | | Auditor: (3 iniciales- mayúscula) | WJCB | Norma(s): | |
| Área: (Proceso) | | | | | |
| Clasificación: | | | | | |
| NCR 5: (numeral de la norma) | | Auditor: (3 iniciales- mayúscula) | WJCB | Norma(s): | |
| Área: (Proceso) | | | | | |
| Clasificación: | | | | | |

| | | | | | |
|----------------------------------|--|-----------------------------------------|------|-----------|--|
| NCR 6: (numeral de la norma) | | Auditor: (3 iniciales- mayúscula) | WJCB | Norma(s): | |
| Área: (Proceso) | | | | | |
| Clasificación: | | | | | |
| NCR 7: (numeral de la norma) | | Auditor: (3 iniciales- mayúscula) | WJCB | Norma(s): | |
| Área: (Proceso) | | | | | |
| Clasificación: | | | | | |
| NCR 8: (numeral de la norma) | | Auditor: (3 iniciales- mayúscula) | WJCB | Norma(s): | |
| Área: (Proceso) | | | | | |
| Clasificación: | | | | | |
| NCR 9: (numeral de la norma) | | Auditor: (3 iniciales- mayúscula) | WJCB | Norma(s): | |
| Área: (Proceso) | | | | | |
| Clasificación: | | | | | |
| NCR 10: (numeral de la norma) | | Auditor: (3 iniciales- mayúscula) | WJCB | Norma(s): | |
| Área: (Proceso) | | | | | |
| Clasificación: | | | | | |
| NCR 11: (numeral de la norma) | | Auditor: (3 iniciales- mayúscula) | WJCB | Norma(s): | |
| Área: (Proceso) | | | | | |
| Clasificación: | | | | | |
| NCR 12: (numeral de la norma) | | Auditor: (3 iniciales- mayúscula) | WJCB | Norma(s): | |
| Área: (Proceso) | | | | | |
| Clasificación: | | | | | |
| NCR 13: (numeral de la norma) | | Auditor: (3 iniciales- mayúscula) | WJCB | Norma(s): | |
| Área: (Proceso) | | | | | |
| Clasificación: | | | | | |

| | | | | | |
|----------------------------------|--|-----------------------------------------|------|-----------|--|
| NCR 14: (numeral de la norma) | | Auditor: (3 iniciales- mayúscula) | WJCB | Norma(s): | |
| Área: (Proceso) | | | | | |
| Clasificación: | | | | | |
| NCR 15: (numeral de la norma) | | Auditor: (3 iniciales- mayúscula) | WJCB | Norma(s): | |
| Área: (Proceso) | | | | | |
| Clasificación: | | | | | |
| NCR 16: (numeral de la norma) | | Auditor: (3 iniciales- mayúscula) | WJCB | Norma(s): | |
| Área: (Proceso) | | | | | |
| Clasificación: | | | | | |
| NCR 17: (numeral de la norma) | | Auditor: (3 iniciales- mayúscula) | WJCB | Norma(s): | |
| Área: (Proceso) | | | | | |
| Clasificación: | | | | | |
| NCR 18: (numeral de la norma) | | Auditor: (3 iniciales- mayúscula) | WJCB | Norma(s): | |
| Área: (Proceso) | | | | | |
| Clasificación: | | | | | |
| NCR 19: (numeral de la norma) | | Auditor: (3 iniciales- mayúscula) | WJCB | Norma(s): | |
| Área: (Proceso) | | | | | |
| Clasificación: | | | | | |
| NCR 20: (numeral de la norma) | | Auditor: (3 iniciales- mayúscula) | WJCB | Norma(s): | |
| Área: (Proceso) | | | | | |
| Clasificación: | | | | | |

| | |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NOTA | <p>Las no conformidades detalladas en este documento se abordarán a través del proceso de acción correctiva de la organización, de acuerdo con los requisitos de acción correctiva relevantes del estándar de auditoría, en acciones para evitar que vuelva a ocurrir y se mantengan registros completos.</p> <p>Las acciones correctivas para abordar las principales no conformidades identificadas se llevarán a cabo de inmediato. Nuestro auditor realizará una visita de seguimiento dentro de los 90 días para confirmar las acciones tomadas, evaluar su efectividad y determinar si se puede otorgar o continuar la certificación.</p> <p>Se llevarán a cabo acciones correctivas para abordar las no conformidades menores identificadas y se mantendrán registros con evidencia de apoyo.</p> <p>Las respuestas a las no conformidades pueden ser en copia impresa o electrónicamente usando el NCR en este documento (preferido) y enviadas a la oficina de Certificación de BV.</p> <p>En la próxima visita de auditoría programada, el equipo de auditoría de BV Certification hará un seguimiento de todas las no conformidades identificadas para confirmar la efectividad de las acciones correctivas tomadas y cerrarlas.</p> <p>Todos los servicios ofrecidos bajo la Acreditación UKAS son realizados bajo el control de gestión de Bureau Veritas Certificación Holding SAS - Sede Reino Unido.</p> <p>Todos los servicios ofrecidos bajo la Acreditación ONAC son realizados bajo el control de gestión de BVQI Colombia Ltda.</p> |
| NO CONFORMIDADES | <p>La revisión de no conformidades se realiza a través una revisión de oficina. Sin embargo, dependiendo de la severidad de los hallazgos, el auditor puede realizar una auditoría de seguimiento para confirmar las acciones tomadas, evaluar su efectividad y determinar si se recomienda otorgar la certificación o su continuidad, según corresponda.</p> <p>Es recomendable que el cliente provea de una respuesta temprana a fin de que haya tiempo para revisiones adicionales en caso de ser necesarias.</p> <p>Para recertificaciones, el plazo para el tratamiento de no conformidades será definido por el líder del equipo auditor a fin de que las acciones correctivas sean implementadas previo al vencimiento del certificado.</p> <p>b. Contenido previsto de la respuesta</p> <p>La respuesta del cliente ante una NC debe ser revisada por el líder del equipo auditor en tres partes: corrección, análisis de causa raíz y acciones correctivas.</p> <p><u>Corrección</u> Asegurarse de que la corrección responda a la pregunta “¿Es este un caso aislado o no?”, en otras palabras “¿Hay algún riesgo de que esto pueda volver a ocurrir en los otros sitios / departamentos?”.</p> <p><u>Análisis de Causa Raíz</u> Asegúrese de que la causa raíz responda la pregunta “¿Qué aspecto del sistema tuvo que fallar para que el problema ocurra?”.</p> <p><u>Acción Correctiva</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La acción correctiva o el plan de acción correctivo tratan la/s causa/s raíz/raíces determinada/s en el análisis de causa raíz. De no haber definido una verdadera causa raíz no podrá prevenir la repetición del problema. 2. Para poder ser aceptado, el plan debe incluir: <ul style="list-style-type: none"> - acciones para tratar la o las causas raíz. -identificación de los responsable por las acciones -un cronograma (con fechas) para su implementación -siempre debe incluir un “cambio” en el sistema. Capacitación y/o la publicación de un boletín, generalmente no son cambios en el sistema. |
| Oportunidades de mejora: | |
| | |

| | |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Uso del Logo: | <p>El equipo de auditoría explicó a la organización durante la reunión de cierre de la auditoría, información pertinente a la política y las pautas de Bureau Veritas para el uso de la marca de certificación BVC. El equipo auditor verificó el uso por parte de la organización del logotipo BVC de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> El logo se utiliza en equipos de exhibición y pantallas de la empresa. <input type="checkbox"/> El logo se utiliza en Material POP (Siempre acompañado por el logo de la empresa certificada) <input type="checkbox"/> El logo se utiliza en cotizaciones y recibos. <input type="checkbox"/> El logo se utiliza en vehículos de la empresa como camiones y vans <input type="checkbox"/> El logo se utiliza en publicidad corporativa, sitios web, firmas de correo electrónico y redes sociales. <input type="checkbox"/> El logo se utiliza en publicidad estática (Brochures, Folletos, señales de la empresa y banderas) <input type="checkbox"/> El logo se utiliza en prendas de Vestir (Dotación, incluyendo el número del certificado). <input type="checkbox"/> El logo se utiliza en Papel Membrete de la empresa. <input type="checkbox"/> El logo se utiliza en Documentación del Sistema de Gestión certificado. |
| | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> El logo se utiliza en Informes de inspección, laboratorio o calibración. Certificados E.j: Certificados de labores o trabajo, certificados de ensayos, certificados de calibración, certificados de competencias, certificados de aprobación de productos, conceptos técnicos, etc. o cualquier documento que evidencie evaluación, conformidad o aprobación. <input type="checkbox"/> El logo se utiliza en Contratos y/o Facturas. <input type="checkbox"/> El logo se utiliza sobre el producto, etiqueta, empaque, manual o ficha técnica de producto <input type="checkbox"/> El logo se utiliza en Tiquetes o boleterías de juegos de azar y/o similares. <input type="checkbox"/> El logo se utiliza en Documentación Legal (decretos, resoluciones, etc).. <input type="checkbox"/> El logo se utiliza en Placas y Trofeos. <input type="checkbox"/> La Organización no ha hecho uso de los logos de Organismos de acreditación. |
| | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> El uso del logo, según lo evaluado previamente se observa en concordancia con el Manual de Uso de la Marca Bureau Veritas Certification. <input type="checkbox"/> El equipo auditor detectó casos de uso indebido del logotipo de BV y los notificó a la organización; también se planteó como una no conformidad sobre el uso del logotipo. <input type="checkbox"/> No Aplica. La organización no hace uso de la Marca de Certificación Bureau Veritas. |
| Comentarios adicionales sobre uso del logo | No Aplica |

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Incertidumbre / Obstáculos que podrían afectar la confiabilidad de las conclusiones de la auditoría: | No se presentaron |
| Opiniones divergentes (discrepancias) sin resolver entre el Equipo Auditor y el Auditado: | No se presentaron |
| Modificaciones del programa y/o plan de auditoría y Justificación respectiva/ Actividades de seguimiento acordadas: | No se presentaron |
| Conclusiones: | <ul style="list-style-type: none"> • Se ha demostrado la conformidad de la documentación del Sistema de Gestión, con los requisitos de la norma auditada y dicha documentación proporciona estructura suficiente para apoyar la implantación y mantenimiento del sistema de gestión, • La Organización ha demostrado la efectiva implantación y mantenimiento / mejora de su Sistema de Gestión. • La Organización ha demostrado el establecimiento y seguimiento de adecuados objetivos y metas clave de desempeño, y ha realizado el seguimiento del progreso hacia su consecución. • El programa de auditorías internas ha sido implantado en su totalidad y demuestra su eficacia como herramienta para mantener y mejorar el Sistema de Gestión. • A través del proceso de auditoría, se ha demostrado la total conformidad del Sistema de Gestión con los requisitos de la norma auditada. |
| Recomendaciones: | <p>El Equipo Auditor ha realizado una auditoría basada en los procesos, centrada en los aspectos/riesgos significativos y objetivos requeridos por la(s) norma(s). La metodología de auditoría empleada ha consistido en entrevistas, observación de actuaciones, muestreo de las actividades y revisión de documentos y registros.</p> <p>El desarrollo de la auditoría se realizó de acuerdo al plan de auditoría y a la matriz de procesos auditados incluidos en los apéndices de este informe resumen de auditoría.</p> <p>El equipo auditor llega a la conclusión de que la Organización ha establecido y mantenido su sistema de gestión de acuerdo a los requisitos de la(s) norma(s) y ha demostrado la capacidad del sistema para lograr que se cumplan los requisitos para los productos y/o servicios incluidos en el alcance, así como la política y los objetivos de la Organización.</p> <p><u>Declaración de descargo de responsabilidad:</u> la auditoría se basa en un proceso de muestreo de la información disponible y la confirmación del cumplimiento de los objetivos de la auditoría.</p> <p>Por lo tanto, el equipo de auditoría, basado en los resultados de esta auditoría y el estado de desarrollo y madurez demostrado del Sistema, recomienda que la certificación de este Sistema de Gestión sea (Seleccione del listado desplegable):</p> |
| ISO.14001.2015 | Tramitada, sujeta a un plan de acciones correctivas satisfactorias |
| 0 | |
| 0 | |
| 0 | |
| 0 | |
| <i>Este informe es confidencial y su distribución está limitada al equipo auditor, la propia Organización y la oficina de BV Certificación</i> | |