

<b>PROCESO / UNIDAD AUDITADA:</b>	<b>GESTIÓN DEL LABORATORIO</b>	<b>AÑO:</b>	<b>2026</b>
<b>RESPONSABLE DEL PROCESO / UNIDAD AUDITADA:</b>	<b>CAMILO MARRUGO / WILINTONG CONTRERAS</b>	<b>FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:</b>	<b>7/05/2026</b>

ÍTEM	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO DE AUDITORÍA /OPORTUNIDAD DE MEJORA/ NO CONFORMIDAD/ OBSERVACIÓN	ORIGEN (1)	CAUSA (2)	TIPO DE ACCIÓN A IMPLEMENTAR (3)	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN A IMPLEMENTAR (4)	INDICADOR (5)	FORMULA INDICADOR (6)	META DEL INDICADOR (7)	RESPONSABLE DE LA ACCIÓN A IMPLEMENTAR (8)	FECHA INICIO (9)	FECHA FIN (10)	AVANCE REPORTADO DE LA ACCIÓN A IMPLEMENTAR (11)				SEGUIMIENTO (12)		
												FECHA DE CORTE	RESULTADO DEL INDICADOR	ESTADO	DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO	EVIDENCIA(S) SOPORTADA(S)	FECHA	RESULTADO DEL INDICADOR
1	<p><b>Requisito aplicable:</b> ISO/IEC 17025:2017, apartado 5.5.5.C</p> <p><b>Descripción:</b> El laboratorio NO documenta sus procedimientos en la extensión necesaria para asegurar la aplicación coherente de sus actividades de laboratorio</p> <p><b>Evidencia objetiva:</b> MATRIZ DE RIESGOS: no es coherente en el referente a los impactos, ya que, si el posible riesgo afecta la validez de los resultados, el impacto es el máximo posible que el CEC tenga establecido, así mismo los controles deben ser coherentes y proporcionales al riesgo identificado de tal manera que permitan e identifiquen las acciones que no desear ser realizadas.</p> <p><b>TRABAJO NO CONFORME:</b> No es coherente lo que se estableció para la aceptabilidad del trabajo no conforme, tampoco es coherente la descripción del procedimiento en el referente a los niveles de impactos establecidos en este procedimiento.</p>	Autofinca Interna	2. A raíz de diferentes conceptos dados en evaluaciones de ONAC y otras auditorías internas se han venido realizando los conceptos de impacto y de aceptabilidad de trabajo no conforme.	Corrección	Documentar el procedimiento de trabajo no conforme y la matriz de riesgos de tal manera que se asegure la aplicación coherente de sus actividades. Revisar, aprobar, difundir, distribuir, controlar y calificar los documentos modificados.	<p>* Procedimiento de trabajo no conforme GLAB-PR-002 (actualizado)</p> <p><math>\frac{N^{\circ} \text{ de documentos actualizados}}{N^{\circ} \text{ total de documentos por actualizar}} = 100</math></p> <p>* Aprobación documental del procedimiento y la matriz de riesgos.</p> <p>* Matriz de riesgos del proceso GLAB para el 2026.</p> <p>* Acta de reunión GDOC-FM-016 V5 con la socialización.</p> <p>* Registros de la evaluación de la eficacia en el formato GTHU-FM-007 V5 de la socialización realizada con los resultados de las evaluaciones de eficacia.</p>	<p><math>\frac{N^{\circ} \text{ de personas asistentes}}{N^{\circ} \text{ total de personas programadas}} = 100</math></p> <p><math>\frac{N^{\circ} \text{ personas con calificación } &gt; \text{ a } 3,5}{N^{\circ} \text{ total de personas evaluadas}} = 100</math></p>	* Procedimiento de trabajo no conforme GLAB-PR-002 (actualizado) * Aprobación documental del procedimiento y la matriz de riesgos. * Matriz de riesgos del proceso GLAB para el 2026. * Acta de reunión GDOC-FM-016 V5 con la socialización. * Registros de la evaluación de la eficacia en el formato GTHU-FM-007 V5 de la socialización realizada con los resultados de las evaluaciones de eficacia.	Líder de acreditación Auxiliar de acreditación	2026-04-01	2026-12-30							
				Acción Correctiva	* Hacer un relevamiento en temas de gestión de riesgos basado en temas de laboratorio y de trabajo no conforme. * Calificar mediante examen escrito la socialización impartida.	<p>* Acta de reunión GDOC-FM-016 V5 con la socialización.</p> <p>* Registros de la evaluación de la eficacia en el formato GTHU-FM-007 V5 de la socialización realizada con los resultados de las evaluaciones de eficacia.</p>	<p><math>\frac{N^{\circ} \text{ de personas asistentes}}{N^{\circ} \text{ total de personas programadas}} = 100</math></p> <p><math>\frac{N^{\circ} \text{ personas con calificación } &gt; \text{ a } 3,5}{N^{\circ} \text{ total de personas evaluadas}} = 100</math></p>	* Acta de reunión GDOC-FM-016 V5 con la socialización. * Registros de la evaluación de la eficacia en el formato GTHU-FM-007 V5 de la socialización realizada con los resultados de las evaluaciones de eficacia.	Líder de acreditación Auxiliar de acreditación	2026-04-01	2026-12-30							
2	<p><b>Requisito aplicable:</b> ISO/IEC 17025:2017, apartado 6.2.5</p> <p><b>Descripción:</b> El laboratorio no conserva registros para: f) realizar el seguimiento de la competencia del personal.</p> <p><b>Evidencia objetiva:</b> No se poseen registros de la calificación ni de las habilidades del personal que describe la documentación del SGL. No hay registros, que evidencien que en el año 2025 se haya realizado el seguimiento de la competencia del personal de laboratorio</p>	Autofinca Interna	Siempre se considere que al hacer la supervisión del personal y el seguimiento de los contratos, se crea que se cumple con el requisito del numeral 6.2.5 y por lo tanto no se tenía documentado una forma explícita de realizar el procedimiento de seguimiento a las competencias del personal.	Corrección	Crear y diseñar los formatos para el seguimiento de la competencia para el año 2025.	<p>* Formato de seguimiento de la competencia del personal del laboratorio de la LAERMV.</p> <p>* Aprobación documental del formato para el seguimiento de la competencia del personal</p>	<p><math>\frac{N^{\circ} \text{ de formatos actualizados}}{N^{\circ} \text{ total de formatos por actualizar}} = 100</math></p>	* Formato de seguimiento de la competencia del personal del laboratorio de la LAERMV. * Aprobación documental del formato para el seguimiento de la competencia del personal	Líder de acreditación Auxiliar de acreditación	2026-04-01	2026-09-30							
				Acción Correctiva	Incluir en el procedimiento de personal la manera detallada de como se da cumplimiento al numeral 6.2.5 y por lo tanto no se tenía documentado una forma explícita de realizar el procedimiento de seguimiento a las competencias del personal.	<p>* Procedimiento para el personal del laboratorio LAERMV, GLAB-PR-005 (actualizado).</p> <p>* Aprobación documental del procedimiento de personal.</p>	<p><math>\frac{N^{\circ} \text{ de procedimientos actualizados}}{N^{\circ} \text{ total de procedimientos por actualizar}} = 100</math></p>	* Procedimiento para el personal del laboratorio LAERMV, GLAB-PR-005 (actualizado). * Aprobación documental del procedimiento de personal.	Líder de acreditación Auxiliar de acreditación	2026-04-01	2026-09-30							
3	<p><b>Requisito aplicable:</b> ISO/IEC 17025:2017, apartado 7.1.2</p> <p><b>Descripción:</b> El laboratorio no informa al cliente cuando el método solicitado por el cliente se considere inapropiado o desactualizado.</p> <p><b>Evidencia objetiva:</b> No hay evidencia objetiva de que O.E.C informe al cliente frente a los solicitados que este realiza para la realización de ensayos de arena, teniendo en cuenta que el método solicitado para el análisis es inapropiado, el día 22 DE SET 2025 ensayo de contenido orgánico de arena triturada no de producción solicitó este análisis bajo los criterios de la norma de suelos.</p>	Autofinca Interna	Porque, no hay concepto unificado de los expertos técnicos de ONAC y insumos sobre si la arena es un suabo.	Corrección	Informar al cliente cuales son los métodos acreditados por el ONAC, que el laboratorio puede realizar, y que el solicitante se realiza sin el logo del ONAC.	<p>* Correo al cliente informándole cuales son los métodos acreditados por el ONAC, que el laboratorio puede realizar, y que el solicitante se realiza sin el logo del ONAC.</p>	<p><math>\frac{N^{\circ} \text{ de correos enviados al cliente}}{N^{\circ} \text{ de correos a enviar a los clientes}} = 100</math></p>	* Correo al cliente informándole cuales son los métodos acreditados por el ONAC, que el laboratorio puede realizar, y que el solicitante se realiza sin el logo del ONAC.	Líder de acreditación Auxiliar de acreditación	2026-04-01	2026-06-30							
				Acción Correctiva	Análisis de la unificación de conceptos sobre si la arena es un suabo o no mediante: * Consulta a el ONAC. * Consulta a el INVIAS. <b>Nota 1:</b> Hasta que no se tenga claridad de si la arena es considerada un suabo este ensayo no se entregara con el logo del ONAC. <b>Nota 2:</b> En caso de el INVIAS reafirme el hecho de que la arena NO es un suabo se procederá a levantar el respectivo trabajo no conforme.	<p>* Acta de reunión GDOC-FM-016 V5 con el Análisis de la unificación de conceptos sobre si la arena es un suabo o no.</p>	<p><math>\frac{N^{\circ} \text{ de trabajos no conformes analizados}}{\text{Trabajos no conformes programados para ser analizar}} = 100</math></p>	* Acta de reunión GDOC-FM-016 V5 con el Análisis de la unificación de conceptos sobre si la arena es un suabo o no.	Líder de acreditación Auxiliar de acreditación	2026-04-01	2026-09-30							
4	<p><b>Requisito aplicable:</b> ISO/IEC 17025:2017, apartado 7.5.1</p> <p><b>Descripción:</b> El laboratorio no asegura que los registros técnicos para cada actividad de laboratorio contengan los resultados, el informe y la información suficiente para facilitar, si es posible, la identificación de los factores que afectan al resultado de la medición y su incidencia de medición asociada y posibiliten la repetición de la actividad del laboratorio en condiciones lo más cercanas posibles a las originales.</p> <p><b>Evidencia objetiva:</b> En los registros de recepción de muestras no posee la información del estado o condición anómala en la cual puede ingresar la muestra al laboratorio. En los registros de secado de muestra no se registra toda la información para facilitar la identificación de los factores que afectan el resultado de la medición</p>	Autofinca Interna	Por la experiencia y competencia del personal en algunas ocasiones al crear los formatos se omite información que se cree que es lógica y por ello no se detallaron los formatos en donde se registra esta información.	Corrección	Asegurar que los registros técnicos para el ensayo INV E 121-13 Materia orgánica contengan la información de temperatura de secado de las muestras mediante la inclusión en los formatos de toma de datos.	<p>* Actualizar el formato GLAB-FM-049 TOMA DE DATOS DE ENSAYO MATERIA ORGÁNICA INV E 121-13, HUMEDAD INV E 122-13, Y EQUIVALENTE DE ARENA INV E 133-13.</p> <p>* Aprobación documental del formato.</p> <p>* Acta de reunión GDOC-FM-016 V5 con la socialización.</p>	<p><math>\frac{N^{\circ} \text{ de documentos actualizados}}{N^{\circ} \text{ total de documentos por actualizar}} = 100</math></p>	* Actualizar el formato GLAB-FM-049 TOMA DE DATOS DE ENSAYO MATERIA ORGÁNICA INV E 121-13, HUMEDAD INV E 122-13, Y EQUIVALENTE DE ARENA INV E 133-13. * Aprobación documental del formato. * Acta de reunión GDOC-FM-016 V5 con la socialización.	Líder de acreditación Auxiliar de acreditación	2026-04-01	2026-06-30							
				Acción Correctiva	Revisar todos los formatos de toma de datos de los métodos de ensayo acreditados y hacer los ajustes respectivos.	<p>* Formatos de toma de datos de ensayo actualizados en donde se incluya la información faltante para realizar la trazabilidad del ensayo.</p> <p>* Aprobación documental de los formatos actualizados.</p>	<p><math>\frac{N^{\circ} \text{ de formatos actualizados}}{N^{\circ} \text{ de formatos que se necesitan ser actualizados}} = 100</math></p>	* Formatos de toma de datos de ensayo actualizados en donde se incluya la información faltante para realizar la trazabilidad del ensayo. * Aprobación documental de los formatos actualizados.	Líder de acreditación Auxiliar de acreditación	2026-04-01	2026-06-30							
5	<p><b>Requisito aplicable:</b> ISO/IEC 17025:2017, apartado 7.7.1</p> <p><b>Descripción:</b> Al hacer el seguimiento de la validez de los resultados. Este seguimiento no se planifica y revisar para que incluya cuando sea apropiado, pero sin limitarse a: a) uso de materiales de referencia o materiales de control de calidad. b) uso de instrumentos alternativos que han sido calibrados para obtener resultados trazables; c) comprobaciones funcionales del equipamiento de ensayo y de medición; d) uso de patrones de verificación o patrones de trabajo con gráficos de control, cuando sea aplicable; e) comprobaciones intermedias en los equipos de medición; f) repetición del ensayo o calibración utilizando los mismos métodos o métodos diferentes; g) ensayo o recalibración de los temas concernientes; h) correlación de resultados para diferentes características de un ítem; i) revisión de los resultados informados; j) comprobaciones intralaboratorio; k) ensayos de muestras ciegas.</p> <p><b>Evidencia objetiva:</b> No hay evidencia de la planificación de la totalidad de las actividades de aseguramiento de la validez de los resultados, dado que el laboratorio solo realiza actividades de repetibilidad, supervisión del personal y participación en ensayos de aptitud, y no justifica el por que no realiza la planificación de las demás actividades que están descritas en el numeral 7.7.1 de la norma ISO/IEC 17025:2017.</p>	Autofinca Interna	Porque no se tiene un procedimiento detallado que describa el porque no se aplican todos los ítems.	Corrección	Ajustar el procedimiento por el se realiza el seguimiento de la planificación y revisar el aseguramiento de la validez de los resultados.	<p>* FORMATO CRONOGRAMA DE ASEGURAMIENTO DE LOS RESULTADOS GLAB-FM-156 actualizado.</p> <p>* Aprobación documental del procedimiento y el formato de cronograma de aseguramiento.</p> <p>* Acta de reunión GDOC-FM-016 V5 con la socialización.</p>	<p><math>\frac{N^{\circ} \text{ de procedimientos y formatos actualizados}}{N^{\circ} \text{ de procedimientos y formatos que se necesitan ser actualizados}} = 100</math></p>	* FORMATO CRONOGRAMA DE ASEGURAMIENTO DE LOS RESULTADOS GLAB-FM-156 actualizado. * Aprobación documental del procedimiento y el formato de cronograma de aseguramiento. * Acta de reunión GDOC-FM-016 V5 con la socialización.	Líder de acreditación Auxiliar de acreditación	2026-04-01	2026-06-30							
				Acción Correctiva	Dar la formación al personal técnico del numeral 7.7.1, ** Calificar mediante examen escrito la socialización impartida.	<p>* Acta de reunión GDOC-FM-016 V5 con la socialización.</p> <p>* Registros de la evaluación de la eficacia en el formato GTHU-FM-007 V5 de la socialización realizada con los resultados de las evaluaciones de eficacia.</p>	<p><math>\frac{N^{\circ} \text{ de personas asistentes}}{N^{\circ} \text{ total de personas programadas}} = 100</math></p>	* Acta de reunión GDOC-FM-016 V5 con la socialización. * Registros de la evaluación de la eficacia en el formato GTHU-FM-007 V5 de la socialización realizada con los resultados de las evaluaciones de eficacia.	Líder de acreditación Auxiliar de acreditación	2026-04-01	2026-09-30							

**HALLAZGO:** Resulta haber hallazgo (OPORTUNIDAD DE MEJORA/NO CONFORMIDAD/ OBSERVACIÓN) completo, contenido en el informe de auditoría.

**(1) ORIGEN:** El origen pueden ser: Autofinca Interna, Auditoría Externa, Revisión por la Dirección, Tratamiento del Producto (o Servicio) No Conforme, Medición de Indicadores, Mapa de Riesgos, Actualización del Proceso, Sistema de Gestión, Quejas y Reclamos, Normograma OTRO (dentra del alcance).

**(2) CAUSA:** Registrar la causa, del hallazgo o riesgo potencializado, que genera la situación observada (Formas, Análisis de Causas), antes de crear el formato de acción.

**(3) TIPO DE ACCIÓN A IMPLEMENTAR:** acción que cubra la causa que origina el hallazgo identificado, con el fin de solucionar las causas identificadas, para que no vuelvan a suceder.

**(4) DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN A IMPLEMENTAR:** Registrar todo procedimiento que realice el responsable, para corregir definitivamente la causa del hallazgo de Auditoría, Oportunidad de Mejora, No Conformidad u Observación. Incluir un verbo infinitivo.

**(5) INDICADOR:** Registrar el número del indicador a través del cual se pueda observar el cumplimiento de la acción determinada. (Ej: informes, jornadas de capacitación, visitas, etc.)

**(6) FÓRMULA INDICADOR:** Describir las variables y la correspondiente fórmula del indicador que permita medir el cumplimiento de la acción determinada a implementar.

**(7) META DEL INDICADOR:** Registrar la cantidad asociada a los resultados medidos y verificados de la acción concreta que se espera alcanzar en el tiempo definido, teniendo en cuenta la realidad institucional y recursos disponibles (Ej: 5 informes, 10 jornadas de capacitación, 3 visitas, etc.)

**(8) RESPONSABLE DE LA ACCIÓN A IMPLEMENTAR:** Señalar el responsable (Directivo o Afiliado Dependiente) del indicador a controlarse, a la luz de la competencia específica la acción concreta a implementar.

**(9) FECHA FIN:** Señalar la fecha en que concluya cada acción a implementar registrada. (Ej: forma dada por (AAAA/MM/DD)).

**(10) FECHA FIN:** Señalar la fecha en que concluya cada acción implementada. El formato debe ser (AAAA/MM/DD). Este fecha **NO PODRÁ SUPERAR 12 MESES** contados a partir de la fecha de formulación del respectivo plan de mejoramiento.

**(11) AVANCE REPORTADO DE LA ACCIÓN A IMPLEMENTAR:** En esta sección se detalla diligenciar los siguientes campos: Fecha de corte, Resultado del indicador a la fecha de corte, Estado, Descripción de las actividades realizadas en el período, Evidencia (o) evidencia (s) que respaldan el cumplimiento de las acciones, de acuerdo al método del ensayo teniendo en cuenta los siguientes criterios:

**Completado:** indica que con el fin de la actividad de acción para realizar la implementación de la acción.

**En proceso:** indica que con el fin de la actividad de acción para realizar la implementación de la acción.

**Planificado:** indica que la acción se está desarrollando en los planes establecidos y se encuentra en trámite.

**En espera:** indica que la acción está suspendida y se volverá a hacer de acuerdo a prioridades.

**Cancelado:** indica que la acción se está desarrollando fuera del plan establecido.

**(12) SEGUIMIENTO:** En esta sección se deberá diligenciar los siguientes campos: Fecha, resultado del indicador a la fecha de corte, estado y observaciones.

**Radicado 20261600167013 - fecha: 2026-06-02.**