



Objetivo de la auditoría :	Determinar la conformidad del Sistema de Gestión Ambiental (SGA) con los requisitos de la norma ISO 14001:2015 y determinar su eficacia para el logro de los resultados previstos, incluyendo el cumplimiento de los requisitos legales, la prevención de la contaminación y la mejora del desempeño ambiental.
Alcance de la auditoría :	El sistema de gestión ambiental del Laboratorio Ambiental de la Corporación Autónoma Regional del Valle del Cauca, CVC, se aplica a las instalaciones auxiliares ubicadas en la carrera 53 # 13a y a todas las intervenciones en materia de ejecución de muestreos, mediciones y análisis de los recursos agua, suelo, aire y residuos sólidos, contemplando el cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 14001:2015 y la documentación del Sistema de Gestión Ambiental.
Criterios de auditoría o parámetros normativos :	Norma ISO 14001:2015 * Normatividad vigente aplicable al Sistema de Gestión Ambiental * Información documentada establecida por el SGA del Laboratorio Ambiental
Metodología :	La Metodología a utilizar dentro del proceso de auditoría de la ISO 14001:2015 es la establecida en Norma técnica ISO 19011:2018.
Desarrollo de la auditoría :	La auditoría fue llevada a cabo de manera presencial durante un periodo de dos días. Según lo acordado con la Coordinadora de Laboratorio Ambiental. El 29 de septiembre de 2026, a las 9:05 a.m., se llevó a cabo la reunión de apertura, y el 30 de septiembre se realizó la reunión de cierre, ambas en la Sala de Reuniones del Laboratorio Ambiental, conforme al plan de auditoría establecido. La auditora dio inicio presentando el equipo auditor y el laboratorio presentando los integrantes que estarán presentes durante el proceso. Posteriormente se expuso el objetivo, el alcance y el plan de la auditoría, tras lo cual consultó a los asistentes si estaban de acuerdo. Al no presentarse objeciones, se procedió a dar por apertura el proceso.



Foto 1. Plan de Auditoria SGA



Foto 2. Reunión de Apertura SGA

Durante el desarrollo de la auditoría se aplicó la lista de chequeo previamente estructurada, mediante la cual se formularon preguntas orientadas a verificar tanto el cumplimiento de los requisitos del sistema como la capacidad del SGA para generar y mantener los resultados previstos. La verificación se complementó con la revisión de evidencias objetivas, entrevistas y consultas realizadas durante el ejercicio auditor.

Como parte del proceso de verificación, se seleccionó una muestra de 5 aspectos ambientales, a través de las cuales se evaluó la aplicación de los controles definidos por el Sistema de Gestión Ambiental, la correspondencia entre la información documentada y las condiciones verificadas, así como la implementación de las disposiciones establecidas para la gestión de los aspectos ambientales.

De manera complementaria, se realizó un recorrido por las instalaciones del Laboratorio Ambiental, con el propósito de verificar en campo las condiciones relacionadas con el cumplimiento de los controles ambientales.

Principales situaciones detectadas

Capítulo 4. Contexto de la Organización

El Laboratorio ambiental cuenta con un sistema de gestión ambiental el cual tiene identificados los procesos e interacciones necesarias en cumplimiento de la norma. Presenta documentación clave para la gestión en la cual se puede evidenciar que cuenta con un análisis de contexto donde se evaluó los aspectos relacionados con las cuestiones internas y externas teniendo en cuenta la inclusión del análisis a la luz de la enmienda de cambio climático que fue publicada en el año 2024.

Con relación a la identificación de las partes interesadas, el análisis de sus necesidades y expectativas, el laboratorio realiza su revisión una vez al año con el fin de verificar su vigencia. El mecanismo usado para ello es la realización de encuestas anuales de satisfacción la cual se envían a los usuarios de la Entidad a través del correo electrónico de CV/Noticias, como evidencia se muestra pantallazo de encuesta masiva del 19/05/2026 y encuesta personalizada de fecha 15/05/2026; posterior a esta captura de información se realizó análisis de los resultados de 21 encuestas recibidas.



Imagen 1 – Encuesta de satisfacción usuarios masiva

Con relación al alcance del sistema no se presentan actualización del mismo, por lo tanto, se mantiene vigente para los muestreos, mediciones y análisis de los recursos agua, suelo, aire y residuos sólidos, así como también continúa aplicando para las instalaciones ubicadas en la carrera 53 # 13a-50 Barrio Primero de Mayo.

Capítulo 5.

5.1 Liderazgo y compromiso

En el documento de Revisión por la Dirección del año 2025 se puede evidenciar el compromiso y liderazgo de la alta dirección, pues en él se presentan decisiones acerca de la definición de recursos para el mantenimiento del sistema que se pueden verificar en la formulación y ejecución del plan de acción vigente, como son el mejoramiento de la infraestructura del laboratorio, la adquisición de equipos de última tecnología que contribuyan al cumplimiento de los objetivos ambientales, la definición de recursos para la contratación de personal para la ejecución de los parámetros que se encuentran incluidos en el alcance del sistema.

De acuerdo con lo verificado en las respuestas durante las entrevistas sobre este numeral, los principales retos que se afrontan son completar el personal requerido para los análisis, la implementación de los cambios de acuerdo con los nuevos requerimientos de la ISO 14001 y la innovación y mejora para conservar la competitividad del laboratorio.

5.2 Política Ambiental

Durante la auditoría se verificó que la Política Ambiental del Laboratorio incorpora compromisos relacionados con la mitigación y/o adaptación al cambio climático, el uso sostenible de los recursos naturales, la prevención de la contaminación, el uso eficiente de los recursos, la gestión integral de los residuos, la disminución del riesgo químico y el mejoramiento del desempeño ambiental mediante el desarrollo e implementación de tecnologías limpias aplicables a las técnicas analíticas. Estos compromisos guardan relación con los aspectos ambientales asociados a las actividades del Laboratorio e incluyen orientaciones que trascienden el cumplimiento de los requisitos legales, al contemplar la eficiencia en el uso de los recursos, la mejora continua y el desarrollo de iniciativas ambientales.

Así mismo, se verificó la disponibilidad y divulgación de la Política Ambiental a través de diferentes medios institucionales. No obstante, al comparar su contenido en los medios revisados, se identificaron diferencias relacionadas con el compromiso de gestión integral de residuos, evidenciándose falta de correspondencia entre las versiones publicadas. Esta situación se relaciona con el control de la información documentada y se aborda en el numeral 7.5.3 de la norma ISO 14001:2015.



Foto 3. Política en pendón del pasillo



Imagen2. Declaración de la política ambiental

5.3 Roles y Responsabilidades

En cuanto a lo relacionado con roles y responsabilidad, en la revisión de la información suministrada, se evidenció que las responsabilidades relacionadas con la gestión ambiental se encuentran definidas y documentadas para los diferentes niveles del Laboratorio Ambiental. En el caso de los funcionarios, los compromisos laborales incluyen actividades asociadas al cumplimiento de los sistemas de gestión institucionales, aspecto verificado en los compromisos de desempeño de la funcionaria Heidi Ríos, que realiza actividades requeridas para el sostenimiento y actualización en la norma ISO 17025 y la ISO 14001.

De igual forma, se verificó el Contrato No. 1249 de 2026 suscrito con José Nicolás Castro Trejos, encontrando que dentro de los estudios previos se establece la actividad denominada "Apoyo al Sistema de Gestión de Calidad ISO/IEC 17025:2017", la cual contempla acciones relacionadas con la gestión de residuos analíticos. No obstante, aunque se identifican responsabilidades que aportan al desempeño ambiental del laboratorio, no se evidencia una referencia explícita sobre la obligación de apoyar el mantenimiento, implementación o mejora continua del Sistema de Gestión Ambiental (SGA). Para tener en cuenta en este punto la carpeta del COT se encuentra sin identificación, lo que impide la trazabilidad, aumento en el riesgo de pérdida o sustracción de la información y se genera un incumplimiento de los procedimientos establecidos por la Entidad.



Imagen 3. Estudio previo COT 1249 – 2026

Durante la presente vigencia, no se han reportado mejoras en la matriz de Roles y Responsabilidades. No obstante, en las jornadas de socialización realizadas por el equipo del Sistema de Gestión Ambiental (SGA), se consulta a los colaboradores sobre la identificación de oportunidades de mejora en el desarrollo de sus actividades diarias. En caso de identificarse cambios que puedan contribuir al mejoramiento de los procesos, estos deben documentarse en el formato Seguimiento gestión del cambio FTL-020-01 conforme a los lineamientos establecidos por el sistema, con el fin de asegurar su trazabilidad y facilitar el seguimiento correspondiente.

Finalmente, se identificaron evidencias de que el ejercicio de los roles y responsabilidades asignados ha contribuido al fortalecimiento del desempeño ambiental del laboratorio. En particular, la Matriz de Riesgos y Oportunidades del SGA establece responsables para la implementación de controles, el seguimiento de acciones y la gestión de riesgos ambientales asociados a las actividades del proceso. Lo anterior evidencia que las responsabilidades ambientales no solo se encuentran formalmente asignadas, sino que también son aplicadas en la gestión operativa del laboratorio, contribuyendo al control de los aspectos ambientales, al tratamiento de riesgos y oportunidades y al mejoramiento continuo del Sistema de Gestión Ambiental.

Capítulo 6

Planificación

El Laboratorio Ambiental recibe solicitudes para la realización de monitoreos sistemáticos, las cuales son incorporadas en el cronograma semanal del plan de muestreo, con el fin de programar y organizar las actividades correspondientes. Como evidencia de lo anterior, se verificó el memorando No. 0600-443482026, del 17 de abril de 2026, cuyo

asunto es "Solicitud Caracterización Fisicoquímica de Venado Verde".

6.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades

La revisión realizada permitió identificar que la planificación del laboratorio se articula con los programas institucionales de monitoreo y control ambiental, incorporando tanto las actividades programadas de seguimiento al río Cauca, tributarios, minería en el río Cali y estaciones de calidad de agua, como requerimientos extraordinarios formulados por las Direcciones Ambientales Regionales y dependencias técnicas. Durante el período evaluado se constató la inclusión de solicitudes adicionales, como las correspondientes a la Quebrada El Venado y la DAR Pacífico Oeste, dentro de la programación mensual, lo que refleja capacidad de adaptación y respuesta oportuna ante incrementos en la demanda de análisis.

Durante el recorrido se verifica la implementación de mejoras tecnológicas en equipos y procesos analíticos orientadas a incrementar la eficiencia operativa y ambiental del laboratorio. Estas acciones han permitido reducir el consumo de agua y energía, así como la disminución en la generación de residuos asociados a los análisis químicos, reflejando una gestión enfocada en el mejoramiento continuo y la optimización de los recursos requeridos para la prestación del servicio. Evidencia de esto son los cambios en las campanas extractoras realizado en el año 2025, cambio que busca minimizar los riesgos de fuga de vapores.

En cuanto a la verificación de la efectividad de la acción de mejora establecida en la auditoría interna del año 2025, relacionada con el ajuste de los riesgos cuyo tratamiento correspondía a "Evitar", se identificó que, aunque la acción fue reportada como finalizada, la opción "Evitar" continúa disponible en la matriz de riesgos y oportunidades y también se mantiene en el procedimiento vigente dentro de las alternativas de tratamiento del riesgo. Lo anterior evidencia que la mejora implementada no fue completamente armonizada con la documentación del proceso, persistiendo una inconsistencia entre la recomendación emitida, la acción ejecutada y los lineamientos actualmente establecidos para la gestión de riesgos y oportunidades del Sistema de Gestión Ambiental.

Imagen 4. Matriz de riesgos y oportunidades

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	DOCUMENTO	FECHA
Se realiza el nivel de riesgo que permite la clasificación de los riesgos y oportunidades de acuerdo al nivel de riesgo que se presenta en la actividad.	Se realiza el nivel de riesgo que permite la clasificación de los riesgos y oportunidades de acuerdo al nivel de riesgo que se presenta en la actividad.	Responsable de la actividad	Procedimiento de gestión de riesgos y oportunidades	2025
Se realiza el nivel de riesgo que permite la clasificación de los riesgos y oportunidades de acuerdo al nivel de riesgo que se presenta en la actividad.	Se realiza el nivel de riesgo que permite la clasificación de los riesgos y oportunidades de acuerdo al nivel de riesgo que se presenta en la actividad.	Responsable de la actividad	Procedimiento de gestión de riesgos y oportunidades	2025
Se realiza el nivel de riesgo que permite la clasificación de los riesgos y oportunidades de acuerdo al nivel de riesgo que se presenta en la actividad.	Se realiza el nivel de riesgo que permite la clasificación de los riesgos y oportunidades de acuerdo al nivel de riesgo que se presenta en la actividad.	Responsable de la actividad	Procedimiento de gestión de riesgos y oportunidades	2025

Imagen 5. Procedimiento de gestión de riesgos y oportunidades

6.1.2 Aspectos ambientales

El Sistema cuenta con la Matriz de Aspectos Ambientales (M-001), cuya revisión se realiza periódicamente mediante espacios de trabajo en los que participan el personal del Laboratorio y la coordinación, con el propósito de mantenerla actualizada y asegurar su pertinencia frente a las actividades desarrolladas. Asimismo, el equipo del Sistema de Gestión Ambiental (SGA) realiza reuniones para socializar dicha matriz, fortalecer el conocimiento de los colaboradores sobre los aspectos e impactos ambientales asociados a sus actividades y promover la aplicación de los controles establecidos. Se observo acta de fecha 05 de febrero de 2026 y acta de fecha 22 de junio de 2026 con tema: Sistemas de Gestión.

6.1.3 Requisitos legales y otros requisitos

Durante la revisión de este requisito se verificó la Matriz de Requisitos Legales y Otros Requisitos, la cual registra una actualización realizada en agosto de 2026. No obstante, durante la auditoría se identificó que el ítem 26 mantiene incluida la Resolución 372 de 2009, relacionada con los Planes de Gestión de Devolución de Productos Posconsumo de Baterías Usadas Plomo Ácido, a pesar de que dicha disposición se encuentra derogada.

De igual manera, se observó que la Circular No. 024 de 2026, mediante la cual se informa sobre la transformación digital y el cese de la expedición de copias físicas, no se encuentra registrada en la matriz evaluada. Lo anterior evidencia que, pese a la revisión efectuada durante la presente vigencia, la matriz presenta diferencias frente al marco normativo vigente identificado al momento de la auditoría.

Imagen 6. Matriz de evaluación de la conformidad

Adicionalmente, durante el recorrido por las instalaciones se observó un recipiente de color rojo destinado para la disposición de residuos peligrosos acondicionado con una bolsa de color negro, utilizada para residuos no aprovechables, situación que no corresponde a las condiciones de segregación e identificación establecidas en la normativa aplicable. Lo anterior evidencia diferencias entre la información documentada y las disposiciones legales vigentes identificadas al momento de la auditoría.



Fotografía 4. Caneca roja destinada a residuos peligrosos
acondicionada con bolsa negra para residuos no aprovechables

6.1.4 Planificación de acciones

Durante la evaluación del requisito se identificó que el Laboratorio cuenta con mecanismos para definir, implementar y realizar seguimiento a las acciones derivadas de la gestión de riesgos y oportunidades, aspectos ambientales y requisitos legales, evidenciados a través de la revisión por la dirección, los programas ambientales y la matriz de conformidad legal. Sin embargo, se observaron situaciones que afectan la eficacia de la planificación de dichas acciones, tales como la ausencia de medidas oportunas frente a las condiciones que podían incidir en el cumplimiento de la meta establecida para el consumo de papel, así como la permanencia de una disposición normativa derogada y la falta de incorporación de un requisito vigente en la Matriz de evaluación de conformidad legal, pese a su actualización durante la presente vigencia. Estas condiciones muestran

oportunidades de fortalecimiento en la articulación entre la identificación de cambios, el análisis de sus implicaciones y la implementación de acciones que permitan asegurar el cumplimiento de los objetivos ambientales y de los requisitos legales aplicables.

6.2 Objetivos Ambientales

El Laboratorio ha establecido objetivos ambientales para los aspectos ambientales de agua, energía, residuos peligrosos, papel y riesgo químico, a los cuales les han definido un programa donde establece la forma de medición y la frecuencia de seguimiento.

En la revisión del objetivo ambiental asociado al consumo de papel, se observó que a la fecha de la auditoría, el Laboratorio había alcanzado la resma No. 20, correspondiente a la meta de consumo establecida para toda la vigencia. Asimismo, se identificó que al inicio del año se gestionó la solicitud de 25 resmas de papel, cantidad superior a la meta definida en el programa.

Durante la evaluación también se identificaron situaciones que incidieron en las condiciones inicialmente previstas para el cumplimiento del objetivo, entre ellas la cancelación del contrato de fotocopadoras y la necesidad de adelantar un nuevo proceso de contratación para el personal de apoyo. Sin embargo, no se encontró evidencia de que dichas condiciones hubiesen sido documentadas dentro del seguimiento al programa ni que se hubieran registrado oportunamente acciones orientadas a gestionar su posible impacto sobre el cumplimiento de la meta establecida.

Lo anterior permite evidenciar que, aunque el objetivo ambiental cuenta con una meta definida y un mecanismo de seguimiento, se presentaron condiciones durante la vigencia que podrían afectar su cumplimiento y que no fueron incorporadas de manera oportuna en la gestión y seguimiento del programa ambiental correspondiente.



Imagen 6. Matriz de Evaluación de Objetivos y Metas SGA



Imagen 7. Solicitud de papel para el laboratorio

Capítulo 7. Apoyo

7.1 Recursos

En la evaluación del requisito, se verificó que el Laboratorio cuenta con los recursos necesarios para la implementación, mantenimiento y mejora continua del Sistema de Gestión Ambiental. Esta disponibilidad de recursos es coherente con lo reportado en el informe de revisión por la Dirección donde se indica que las necesidades del laboratorio han sido consideradas dentro de la planificación presupuestal institucional. Se evidenció la disponibilidad de equipos e instrumentación especializada que contribuyen al cumplimiento de los objetivos ambientales establecidos, así como personal competente para la ejecución de las actividades operativas y de gestión. Prueba de ello es la disponibilidad y uso de equipos tal como se puede observar en las fotografías que a continuación se presenta.



Fotografía 5 – Analizador de mercurio



Fotografía 6 – Cabina extractora de gases y humos

Durante el recorrido por el almacén de insumos y reactivos, se observaron condiciones de humedad en el cielo raso y luminarias incompletas. De acuerdo con la información suministrada por el personal responsable, estas situaciones han sido reportadas a la dependencia competente y se encuentran en proceso de gestión por parte de la Dirección Administrativa y del Talento Humano, para la definición e implementación de las acciones correspondientes. Asimismo, se identificó que la necesidad de corregir humedades y continuar con mejoras de infraestructura ha sido reconocida institucionalmente y forma parte de los compromisos contemplados para la mejora de las instalaciones. Como soporte de lo anterior, se presentan los registros fotográficos 7 y 8.



Foto 7. Humedad cielo raso – Almacén



Foto 8. Luminaria Incompleta

7.2 Competencia

En la verificación de este requisito, se evidenció el desarrollo de actividades orientadas al fortalecimiento de las competencias y la toma de conciencia del personal frente a los aspectos ambientales del Laboratorio. Durante la auditoría, el personal auditado informó la participación de funcionarios y contratistas en procesos de formación relacionados con la actualización y transición a la nueva versión de la norma ISO 14001:2026, como parte de la preparación institucional para la gestión del cambio normativo. Esta actuación es coherente con lo definido en la revisión por la dirección, donde se identificó la necesidad de gestionar la transición a la nueva versión de la norma mediante la adquisición del documento normativo, capacitación del personal y análisis de brechas para la implementación de los cambios requeridos.



Foto 9. Certificado de actualización ISO 14001:2026

Adicionalmente, a través de la revisión realizada a muestras de procesos de procesos definidas y mediante entrevistas a responsables de los procesos seleccionados, se verificó que el personal conoce los aspectos ambientales asociados a las actividades que ejecuta, los impactos que podrían generarse ante la materialización de riesgos ambientales, los controles establecidos para prevenir o mitigar dichos impactos y las consecuencias derivadas de su incumplimiento. Las respuestas suministradas evidenciaron apropiación de los controles operacionales y comprensión de su contribución al desempeño ambiental del laboratorio.

7.3 Toma de Conciencia

Durante el recorrido por las instalaciones del Laboratorio, se evidenció la disposición de puntos ecológicos en el primer y segundo piso, ubicados estratégicamente para facilitar la adecuada separación en la fuente de los residuos generados en las diferentes áreas. Estos puntos cuentan con recipientes diferenciados por colores, de acuerdo con el código de colores establecido para la clasificación de residuos, lo que contribuye a fortalecer las prácticas de gestión integral de residuos y a promover el cuidado del medio ambiente.



Foto 10. Punto Ecológico 2 Piso



Foto 11. Punto ecológico entrada 1 piso

En la verificación de las instalaciones del Laboratorio, se identificaron acciones orientadas al cuidado y la preservación de los recursos naturales, reflejadas en la presencia de mensajes alusivos al ahorro y uso eficiente del agua y la energía en algunas de sus áreas, como también el de su cuidado personal. Estas iniciativas contribuyen a sensibilizar al personal sobre la importancia de adoptar prácticas responsables en el desarrollo de sus actividades cotidianas y a fortalecer la cultura ambiental, en concordancia con los objetivos del Sistema de Gestión Ambiental (SGA). Como evidencia de lo anterior, se presentan los siguientes registros fotográficos.



Foto 12. Aviso Elementos de protección personal



Foto 13. Aviso ahorro agua

Sin embargo, durante el recorrido por el área del comedor del primer piso, se evidenció una inadecuada separación de los residuos generados, situación que puede afectar la efectividad de las prácticas de separación en la fuente e interferir en el aprovechamiento de los residuos reciclables, por lo que se recomienda fortalecer las acciones de sensibilización dirigidas al personal, haciendo énfasis en la correcta clasificación y disposición de los residuos, de acuerdo con el código de colores establecido, con el fin de fomentar hábitos ambientales responsables y contribuir al cumplimiento de los objetivos del Sistema de Gestión Ambiental (SGA).



Foto 14. Punto ecológico área de alimentación



Foto 15. Inadecuada disposición de residuos

7.4 Comunicación

El Laboratorio Ambiental de la CVC cuenta con un Plan de Comunicaciones, cuya evidencia se encuentra en el Anexo 5, Literal A. Plan de Comunicación, asociado al procedimiento PGL 014-09, denominado Comunicaciones Internas y Externas, de fecha del 27 de octubre de 2025. Este instrumento establece los lineamientos para orientar la gestión de las comunicaciones internas y externas, contribuyendo a la divulgación oportuna de la información pertinente para el funcionamiento del Sistema de Gestión Ambiental (SGA).

PROCEDIMIENTO COMUNICACIONES INTERNAS Y EXTERNAS				
Versión: 01				
Fecha de emisión: 27 de octubre de 2025				
Elaborado por: [Nombre]				
Revisado por: [Nombre]				
Aprobado por: [Nombre]				
S. OBJETIVO				
A. PLAN DE COMUNICACIÓN				
ÁMBITO DE COMUNICACIÓN	OBJETIVO	DESTINATARIOS	RESPONSABLES	METODOLOGÍA
Interna: informar y sensibilizar al personal de la CVC.	Comunicar información.	Personal de la CVC.	Procedimiento de Comunicación Interna.	Reuniones de trabajo, correo electrónico, redes sociales.
Externa: informar y sensibilizar a la comunidad.	Comunicar información.	Comunidad en general.	Procedimiento de Comunicación Externa.	Reuniones de trabajo, correo electrónico, redes sociales.
Interna: informar y sensibilizar al personal de la CVC.	Comunicar información.	Personal de la CVC.	Procedimiento de Comunicación Interna.	Reuniones de trabajo, correo electrónico, redes sociales.
Externa: informar y sensibilizar a la comunidad.	Comunicar información.	Comunidad en general.	Procedimiento de Comunicación Externa.	Reuniones de trabajo, correo electrónico, redes sociales.

Imagen 8. Anexo plan de comunicaciones

Asimismo, durante la verificación de las instalaciones del Laboratorio, se identificó un espacio destinado a la divulgación de comunicaciones internas en el primer y segundo piso, relacionadas con los sistemas de gestión. En este lugar se evidenció la publicación de la Política Ambiental, lo que contribuye a su difusión entre los colaboradores y al fortalecimiento del conocimiento y compromiso frente a los lineamientos y objetivos del Sistema de Gestión Ambiental (SGA).



Foto 16. Cartelera informativa SGA 2 Piso



Foto 17. Cartelera Informativa SGA 1 piso

En relación con la comunicación externa, se verificó el desarrollo de estrategias orientadas al relacionamiento con las partes interesadas del Laboratorio Ambiental. Entre ellas, se identificaron actividades de acercamiento con la comunidad ubicada en el área de influencia de las instalaciones, mediante comunicaciones formales en las que se informa sobre la implementación del Sistema de Gestión Ambiental, las medidas de control adoptadas para prevenir impactos ambientales y la posibilidad de conocer las instalaciones y actividades desarrolladas por el laboratorio. Asimismo, se revisó el formato FT.0730.02 Planilla para envío de correo, utilizado como soporte de las comunicaciones dirigidas a clientes externos y demás partes interesadas, evidenciando mecanismos establecidos para la divulgación de información relevante del proceso.

7.5 Información Documentada

En el procedimiento Elaboración y Control de Documentos y Registros PGL-001 versión 21, el Laboratorio ambiental ha integrado el tratamiento de la información documentada del Sistema de Gestión Ambiental (SGA) y del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC). El manejo de las versiones vigentes se realiza mediante acceso en la nube (OneDrive), otorgando permisos de consulta para los documentos actualizados, incluso la documentación solicitada por los auditores se envió con restricciones de modificación y adicionalmente se requirió la firma del compromiso de confidencialidad de la información.

La documentación que requiere estar disponible en los puestos de trabajo: Fichas de Emergencias ambientales, Procedimientos Técnicos Analíticos, entre otras, es distribuida por el responsable de Calidad y Medio Ambiente y el respaldo físico se encuentra en archivadores ubicados en la sala de reuniones y en la oficina de la profesional de apoyo.

Durante la entrevista se menciona a los auditados considerar el aplicativo DARUMA que tiene la Corporación para el manejo de la información documentada y el control de versiones de forma digital, al menos para los documentos que carecen de reserva, por los demás sistemas implementados. Teniendo en cuenta que el tema de auditorías internas del SGA y planes de acción se manejan por dicho aplicativo.

También se mencionó la posibilidad de tener el formato y el registro separado, porque en las versiones digitales, al actualizarlos se pierde la historia de los registros.

7.5.2 Creación y actualización y 7.5.3 Control de la información documentada

Durante la auditoría se verificó la aplicación del Procedimiento de Control de Documentos PGL-001, versión 21, mediante el cual se establecen los lineamientos para la elaboración, codificación, creación, revisión, aprobación, identificación, distribución, modificación, actualización, archivo y eliminación de la información documentada asociada a los Sistemas de Gestión Ambiental y de Calidad. Asimismo, se constató que las solicitudes de creación, modificación o eliminación de documentos se gestionan a través del formato FGL-001, lo que permite mantener la trazabilidad de los cambios realizados y el control de la documentación del sistema.

Como parte de la revisión de la información documentada y de los registros asociados al mantenimiento de equipos, se examinó el formato FTL-008-17 PAME 2026, identificándose una diferencia entre la fecha programada para el próximo mantenimiento del equipo 509 consignada en dicho registro y la fecha reportada por el proveedor en la documentación de soporte del mantenimiento realizado. Esta situación evidencia una discrepancia en la información registrada, relacionada con la actualización y consistencia de los datos contenidos en los documentos que soportan la gestión y seguimiento de los equipos del laboratorio. También se identificó una diferencia en la secuencia de revisión del documento PTA-026-01 el cual en su pie de página reporta que corresponde a la revisión No. 10 pero en el campo de identificación y aprobación que aparece en la primera página establece que corresponde a la revisión No.11

Capítulo 8. Operación

8.1 Planificación y control operacional

Con el fin de verificar la implementación de los controles operacionales definidos para los aspectos ambientales significativos y los riesgos y oportunidades asociados al proceso, se seleccionó una muestra con base en la Matriz de Aspectos Ambientales y la Matriz de Riesgos y Oportunidades del Sistema de Gestión Ambiental.

La evaluación incluyó las actividades de análisis de metales por absorción, frente al aspecto ambiental de generación de vertimientos líquidos; análisis de fenoles, asociado a la generación de residuos peligrosos; actividades desarrolladas en el área de hornos, relacionadas con el consumo de energía; actividades de toma de muestras y controles de calidad del muestreo, asociadas al consumo de agua; y actividades de oficina correspondientes a la elaboración de documentos e informes, vinculadas al consumo de papel.

La verificación realizada con los analistas responsables permitió constatar que los controles operacionales definidos para los aspectos ambientales evaluados se encuentran implementados en los puntos de generación y durante la ejecución de las actividades correspondientes, contribuyendo al mantenimiento de las condiciones ambientales previstas para la operación del laboratorio. No obstante, para el aspecto ambiental consumo de papel, asociado a las actividades de oficina, se identificaron las situaciones descritas en el análisis del programa ambiental correspondiente, relacionadas con el seguimiento y gestión de las condiciones que inciden en el cumplimiento de la meta establecida para la vigencia.

En la verificación de las instalaciones del Laboratorio, se evidenció que la mayoría de las áreas cuentan con extintores de clasificación A, B y C, así como con un tanque destinado al almacenamiento de agua para el sistema contra incendios. Estos elementos constituyen recursos para la prevención y atención de posibles emergencias, al facilitar la respuesta inicial ante situaciones que puedan comprometer la seguridad de las personas, las instalaciones y los equipos. Como se muestra en los siguientes registros fotográficos:



Foto 18. Extintor tipo B y C



Foto 19. Extintor tipo A



Foto 20. Tanque gas contra incendio

El Laboratorio Ambiental implementa medidas para el manejo y la disposición final de los residuos peligrosos generados en el desarrollo de sus actividades, mediante la entrega a gestores que cuentan con las autorizaciones ambientales correspondientes. Entre estos residuos se encuentran reactivos químicos y muestras contaminadas, los cuales permanecen en un espacio destinado para su almacenamiento temporal, acondicionado para minimizar los riesgos asociados a su manipulación y conservación. Estas prácticas contribuyen a prevenir afectaciones a la salud y al medio ambiente, así como a dar cumplimiento a los requisitos legales aplicables. Las condiciones observadas se documentan en el siguiente registro fotográfico.



Fotos 21 y 22. Residuos Bodega RESPEL

En la bodega del Laboratorio se identificó un área destinada al almacenamiento de elementos de protección personal (EPP), batas y demás indumentaria requerida por los trabajadores, así como de insumos y reactivos químicos utilizados en el desarrollo de las actividades. Adicionalmente, se dispone de una matriz de compatibilidad de sustancias químicas, cuyo propósito es facilitar su reconocimiento y clasificación, fortalecer el control sobre su almacenamiento y manipulación, y contribuir a la prevención de riesgos para la salud y el medio ambiente, en concordancia con los lineamientos del Sistema de Gestión Ambiental (SGA). Se adjunta registro fotográfico.



Foto 23. Matriz de compatibilidad de sustancias químicas – Bodega

8.2 Preparación y Respuesta ante Emergencias

Durante la auditoría se verificó que el Laboratorio Ambiental cuenta con lineamientos documentados para la preparación y respuesta ante emergencias ambientales, establecidos en el procedimiento PTL-018 “Respuesta a Emergencias Ambientales”, versión 11, el cual define las actividades para la atención de eventos que puedan generar impactos ambientales, así como la realización y evaluación de simulacros como mecanismo para fortalecer la capacidad de respuesta del personal.

Como parte de la revisión documental, se evidenció la ejecución del simulacro de derrame de sustancias químicas (residuos de neutralización) mediante el registro FTL-018-03, con listado de asistencia de fecha 02/07/2026, así como su correspondiente evaluación registrada en el formato FTL-018-02 Evaluación de Simulacro de la misma fecha. La revisión de esta evaluación permitió identificar que las acciones implementadas durante el ejercicio guardan relación con los controles definidos en la Matriz de Riesgos y Oportunidades del Sistema de Gestión Ambiental para la atención de derrames, permitiendo validar su aplicación y la capacidad de respuesta establecida para este tipo de eventos.

Asimismo, durante el recorrido por las instalaciones se constató la presencia de rutas de evacuación, salidas de emergencia y puntos de encuentro debidamente señalizados. De igual manera, se observó la disponibilidad de kits para la atención de derrames y duchas de emergencia ubicadas en áreas de fácil acceso, elementos que contribuyen a la atención oportuna de incidentes y al control de los posibles impactos sobre las personas, las instalaciones y el medio ambiente.



Foto 24. Salida de evacuación



Foto 25. Punto de encuentro



Foto 26. Ducha de emergencia

Capítulo 9. Evaluación del Desempeño

9.1.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación

Se adelantó la revisión del Programa de Aseguramiento Metrológico (PAME) y una muestra de 11 equipos del laboratorio, verificando el estado de sus calibraciones, calificaciones y mantenimientos frente a las frecuencias establecidas. Como resultado, se identificó que varios equipos presentan desfases respecto a las fechas estimadas para sus intervenciones metrológicas. Entre ellos se encuentran la Cabina de Bioseguridad Clase II (código 199), el Congelador Vertical (código 301) y la Nevera para Microbiología (código 382), cuyos registros muestran vencimientos de calibración o mantenimiento previos a la fecha de la auditoría. De igual manera, los Termohigrómetros con Datalogger (código 380) aún no cuentan con calibración al encontrarse registrados como equipos nuevos.

La revisión permitió establecer que el laboratorio realiza el seguimiento de las intervenciones metrológicas mediante el PAME; sin embargo, se observan actividades pendientes de ejecución frente a las frecuencias programadas. Al respecto, el proceso manifestó que el cumplimiento de algunas calibraciones, calificaciones y mantenimientos depende de los tiempos asociados a los procesos de contratación institucional para la adquisición de estos servicios especializados.

En cuanto a la gestión documental asociada a los equipos, para el Analizador Directo de Mercurio (código 509) se constató que el informe de calificación se encontraba disponible únicamente en medio digital y no reposaba en la carpeta física del equipo, pese a haber transcurrido aproximadamente un año desde la ejecución de dicha actividad.

Como aspecto positivo, se destaca la vinculación de una profesional en metrología, cuya participación fortalecerá el seguimiento permanente al estado metrológico de los equipos, la actualización de los registros asociados y el control oportuno del cronograma de calibraciones, calificaciones y mantenimientos, contribuyendo a una gestión más efectiva de los recursos de medición del laboratorio.

CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DEL VALLE DEL CAUCA
MUESTRA AUDITORIA AL SGA DEL PROGRAMA DE ASEGURAMIENTO METROLÓGICO
2026

Código interno	Nombre del equipo o instrumento de medición	Marca	Frecuencia de Calibración o Calificación	Fecha de Calibración o Calificación	Con respecto al PAME Fecha ultima Calibración o Calificación	Observación
33	Horno de secado	BINDER	18	2026-03-19	2026-03-19	
199	Cabina de bioseguridad clase II	ESCO	12	2026-05-12	2025-02-14	3 meses posterior con respecto a la ultima calibración
301	Congelador vertical	HACEB	24	2026-03-26	2023-11-29	4 meses posterior con respecto a la ultima calibración
309	Balanza para análisis microbiológicos	OHAUS	24		2026-02-23	
380	Termohigrómetro con datalogger	TRACEABLE	24		Equipo nuevo	
380	Termohigrómetro con datalogger	TRACEABLE	24		Equipo nuevo	
382	Nevera para microbiología	QLS	12	06//08/2026	2025-03-21	5 meses posterior con respecto a la ultima calibración
383	Microbalanza para filtros con mesa anti-vibratoria	REDWAG	24	2026-02-24	2026-02-24	
487	Incubadora de convección forzada	JP INGLOBAL	24	2026-03-19	2026-03-19	
509	Analizador directo de mercurio	MILESTONE	24	2025-09-24	2025-09-24	Se observó reporte de calificación en medio digital.
575	Incubadora de Convección Forzada	JP Inglobal	24	2026-03-19	2026-03-19	

Cuadro 1. Muestra de equipos de laboratorio auditada



Foto 27. Certificado de calibración

9.2 Auditoría Interna

La auditoría interna del Laboratorio Ambiental se encuentra contemplada dentro del programa institucional de auditorías, cuya ejecución está a cargo de la Oficina de Control Interno. Dicho programa es aprobado por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, instancia responsable de orientar y evaluar la gestión del Sistema de Control Interno en la Entidad, garantizando la planificación y realización periódica de las auditorías internas.

Programa de Auditoría Interna 2026									
Auditoría	Proceso	Estado de gestión	Tipo	Fecha inicial	Fecha final	Producto	Auditor	Auditeado	Estado
Auditoría de Seguimiento Cuestionario: Cuestionario de Seguimiento (CS)	SEGUIMIENTO DE LA CALIBRACIÓN DE EQUIPOS DE LABORATORIO	SEGUIMIENTO DE LA CALIBRACIÓN DE EQUIPOS DE LABORATORIO	Auditoría de Seguimiento	2026-03-01	2026-03-31	Reporte de Seguimiento de la Calibración de Equipos de Laboratorio	Ing. [Nombre]	Ing. [Nombre]	En Proceso
	SEGUIMIENTO DE LA CALIBRACIÓN DE EQUIPOS DE LABORATORIO	SEGUIMIENTO DE LA CALIBRACIÓN DE EQUIPOS DE LABORATORIO	Auditoría de Seguimiento	2026-03-01	2026-03-31	Reporte de Seguimiento de la Calibración de Equipos de Laboratorio	Ing. [Nombre]	Ing. [Nombre]	En Proceso

Imagen 9. Programa de auditorías internas Control Interno

9.3 Revisión por la Dirección

Durante la auditoría se revisó el informe de Revisión por la Dirección correspondiente al Sistema de Gestión Ambiental del Laboratorio, observándose que en este se analizaron aspectos relacionados con el desempeño ambiental, el cumplimiento de los objetivos y metas ambientales, el seguimiento a los programas ambientales, los resultados de auditorías, el estado de los requisitos legales, los riesgos y oportunidades, así como las necesidades de recursos para la operación del laboratorio.

	Asimismo, se constató que la revisión incorpora el análisis de la gestión realizada durante la vigencia y la definición de compromisos orientados al mantenimiento y mejoramiento del Sistema de Gestión Ambiental, constituyéndose en un espacio formal para la evaluación de la conveniencia, adecuación y eficacia del sistema y para la toma de decisiones por parte de la dirección del proceso. 10. Mejora - 10.2. No conformidad y Acción Correctiva Durante la auditoría interna del año 2025 se encontraron las siguientes oportunidades de Mejora al hacer la revisión de la efectividad de las acciones se encontró lo siguiente: Oportunidad de Mejora No. 1 - Requisito 7.5.3 Control de la información documentada La oportunidad estaba orientada a garantizar la disponibilidad del inventario de elementos del kit de emergencia en la zona de almacenamiento de residuos peligrosos. Durante la auditoría 2026 no se identificaron hallazgos relacionados con la ausencia de este control documental, por lo que se considera que la acción implementada fue efectiva y se cierra la acción. Oportunidad de Mejora No. 2 - Requisito 5.2 Política Ambiental La oportunidad buscaba actualizar la Política Ambiental divulgada en el laboratorio conforme a lo aprobado en la Revisión por la Dirección. Durante la auditoría 2026 se identificaron inconsistencias entre las versiones de la Política Ambiental publicadas en distintos medios institucionales, evidenciándose diferencias en su contenido. Lo anterior permite concluir que la acción implementada fue no efectiva, debido a que persisten situaciones relacionadas con el control y actualización de la información divulgada. Oportunidad de Mejora No. 3 - Requisito 6.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades La recomendación estaba orientada a ajustar la aplicación del tratamiento "Evitar" en la matriz de riesgos y oportunidades. No obstante, durante la auditoría 2026 se verificó que tanto la matriz como la documentación asociada continúan considerando esta tipología de tratamiento. Por lo anterior, la acción se considera no efectiva. Oportunidad de Mejora No. 4 - Requisito 7.3 Toma de conciencia La oportunidad estaba enfocada en fortalecer la sensibilización sobre la adecuada separación de residuos. Durante la auditoría 2026 se observaron nuevamente disposiciones inadecuadas de residuos en el punto ecológico del área de alimentación, evidenciando debilidades persistentes en la toma de conciencia del personal frente a la segregación de residuos. En consecuencia, la acción implementada se considera no efectiva. Oportunidad de Mejora No. 5 - Requisito 8.1 Planificación y control operacional La recomendación consistía en avanzar en la instalación de señalización en áreas bajo responsabilidad del laboratorio. Durante la auditoría 2026 no se identificaron hallazgos asociados a la falta de identificación de áreas o señalización, por lo que la acción implementada se considera efectiva y se cierra la acción. Oportunidad de Mejora No. 6 - Requisito 9.1.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación La oportunidad buscaba asegurar la vigencia de las calibraciones de los equipos utilizados en los análisis del laboratorio, específicamente el equipo 509 para análisis de mercurio. Durante la auditoría 2026 se verificó que el equipo cuenta con la intervención metrológica correspondiente; sin embargo, se identificaron diferencias en la documentación asociada al mantenimiento y aspectos relacionados con la conservación de registros. Considerando que la situación inicialmente detectada fue atendida, pero persisten debilidades documentales y de seguimiento metrológico, la acción se considera parcialmente efectiva. 10.3 Mejora Continua Las mejoras implementadas en el laboratorio Ambiental de la CVC son las siguientes: Durante la auditoría se verificó los compromisos definidos como mejoras realizadas al SGA, como resultado se identificó la ejecución de acciones relacionadas con el fortalecimiento de las competencias del personal, evidenciada mediante la capacitación en la actualización de la Norma ISO 14001:2026. Asimismo, se observaron mejoras en la infraestructura del laboratorio, entre las que se destacan el cambio de pisos y la instalación de divisiones en vidrio en diferentes áreas. Lo anterior permite evidenciar avances en la implementación de acciones orientadas al mejoramiento continuo del Sistema de Gestión Ambiental, en concordancia con algunos de los compromisos definidos por la dirección para fortalecer las condiciones operativas y de gestión del Laboratorio Ambiental.						
Análisis de riesgo :	<table><tr><th>DESCRIPCION</th><th>ACCION</th></tr><tr><td>El auditor no pueda adelantar la auditoria los días planificados por enfermedad.</td><td>Realizar una reprogramación concertada con el coordinador del Laboratorio Ambiental.</td></tr><tr><td>Que los responsables de recibir la auditoria no se presenten.</td><td>Establecer por parte del área auditada un personal de reemplazo que pueda recibir la auditoría.</td></tr></table>	DESCRIPCION	ACCION	El auditor no pueda adelantar la auditoria los días planificados por enfermedad.	Realizar una reprogramación concertada con el coordinador del Laboratorio Ambiental.	Que los responsables de recibir la auditoria no se presenten.	Establecer por parte del área auditada un personal de reemplazo que pueda recibir la auditoría.
DESCRIPCION	ACCION						
El auditor no pueda adelantar la auditoria los días planificados por enfermedad.	Realizar una reprogramación concertada con el coordinador del Laboratorio Ambiental.						
Que los responsables de recibir la auditoria no se presenten.	Establecer por parte del área auditada un personal de reemplazo que pueda recibir la auditoría.						
Conclusiones, hallazgos y/o recomendaciones :	- CONCLUSIONES - Se revisaron todos los requisitos que se presentaron en el Plan de Auditoría interna 2026. - Se realiza el cierre con efectividad de las acciones establecidas para las oportunidades de mejora No. 1 y 5 y se cierran sin efectividad las restantes y se establecen como No Conformidades de la presente auditoria. - Los objetivos ambientales relacionados con consumo de agua, energía y disposición de residuos se encuentran dentro de los límites establecidos en la meta a corte 30 de junio. - NC 5: Se evidenció falta de control de la información documentada del SGA debido a que: - La Política Ambiental del Laboratorio publicada en diferentes medios institucionales no presenta contenido consistente. Durante la verificación se observó que la versión publicada en la página web institucional establece el compromiso relacionado con la gestión integral de residuos, mientras que la versión dispuesta en el pendón ubicado en la entrada incorpora adicionalmente el compromiso específico relacionado con la gestión integral de residuos peligrosos. - El Acta de Revisión por la Dirección que se encuentra en el microsite del SGA – aplicativo Daruma no está aprobada por el Director General, así como se establece en el literal C del requisito en mención. - NC 4: Se evidenció que se presentan fallas en la actualización de la documentación del SGA debido a: ¿ - La información documentada asociada a la matriz de riesgos y oportunidades continúa considerando el tipo de tratamiento "evitar el riesgo" aunque la acción de la vigencia 2025 ajustó esta tipología y el procedimiento en su último ajuste también lo consideró. - El formato FTL-008-17 PAME 2026 la información relacionada con la fecha del próximo mantenimiento del equipo 509 difiere con lo reportado por el proveedor. - NC 1: Se evidenció incumplimiento de un requisito aplicable relacionado con la gestión y disposición de residuos peligrosos por: - Observarse durante la auditoría que una caneca destinada para la disposición de residuos peligrosos (roja), se encontraba acondicionada con bolsa de color negro (la cual se utiliza para residuos no aprovechables), sin que se diera cumplimiento a las condiciones de identificación y/o disposición establecidas en el requisito legal aplicable. - Se encontró frasco que recibe los residuos ácidos en el área instrumentación sin la debida identificación.¿ - Se encontró también recipiente sin identificar en el laboratorio de aguas. - NC 2: Se evidenció que el Laboratorio Ambiental no documentó ni implementó oportunamente las acciones necesarias frente a las condiciones que afectaban el cumplimiento de la meta establecida en el Programa de Consumo de Papel.¿ Lo anterior, teniendo en cuenta que al inicio de la vigencia se solicitó una cantidad de resmas superior a la establecida como meta de consumo; adicionalmente, durante la ejecución del programa se presentaron situaciones relacionadas con la cancelación del contrato de fotocopadoras y el desarrollo de un segundo proceso de contratación, circunstancias que incidían en las condiciones previstas para el cumplimiento de la meta - NC 3: Se evidencia durante el recorrido en el punto ecológico de la zona de alimentación, inadecuada disposición de residuos ya que en la caneca de color verde se observo un cepillo de escoba y en la caneca de color negro un residuo orgánico (cascara de granadilla). Lo anterior evidencia debilidades en la toma de conciencia frente a la adecuada separación de los residuos. - NC 6: Se evidenció que la información relacionada con el desempeño ambiental publicada en los portales corporativos interno y externo no se encontraba actualizada de manera oportuna. Al momento de la verificación realizada el 21 de agosto de 2026, en dichos portales se encontraba publicada información correspondiente al desempeño ambiental únicamente hasta el tercer trimestre de 2024. Posteriormente, el día 28 de septiembre se evidenció la publicación de información correspondiente al desempeño ambiental del año 2025 y al primer semestre de 2026, situación que evidencia una actualización extemporánea de la información relacionada con el desempeño ambiental. - OM 1: Gestionar dentro de la planificación de las actividades del laboratorio ambiental la fecha tentativa anual de la Revisión por la Dirección, la publicación del documento de desempeño ambiental.						

	• NC 7: Se evidenció que la matriz de requisitos legales del Laboratorio Ambiental no se encuentra actualizada respecto de la vigencia de las disposiciones aplicables al Sistema de Gestión Ambiental por: ◦ En el ítem 26 de la matriz se mantiene registrada la Resolución 0372 de 2009, la cual se encuentra derogada, mientras que la disposición vigente corresponde a la Resolución 0799 de 2025. ◦ No se incluyó la circular No. 024 de 2026, en la cual se informa sobre transformación digital y cese de expedición de copias físicas. • OM 2: Considerar la pertinencia de la inclusión de información relacionada con los registros anuales en las matrices del Sistema de Gestión Ambiental, debido a que se presentan posible riesgos de desactualización de la información • OM 3: Verificar de manera permanente las posibles fugas de agua que se presenten en las instalaciones, evitando el incremento en los consumos de agua.
Firmas :	JAIME ALBERTO ESCUDERO JIMENEZ - Jefe Oficina de Control Interno

Firmas	Nombre	Cargo	Fecha
Coodinador	JAIME ALBERTO ESCUDERO JIMENEZ	JEFE DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO (C)	
Auditor	CLAUDIA XIMENA MARTINEZ SANCHEZ	PROFESIONAL ESPECIALIZADO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO	
Auditado	ZORAIDA ALEJANDRA MORA HENAO	PROFESIONAL ESPECIALIZADO DEL LABORATORIO AMBIENTAL	
Auditado	PAOLA JANETH PATIÑO TRIANA	DIRECTOR TECNICO AMBIENTAL (C)	
Auditor	PAULA ANDREA POSSU CATACOLI	PROFESIONAL ESPECIALIZADO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO	
Auditor	CAROLINA ZUÑIGA SALGUERO	PROFESIONAL ESPECIALIZADO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO	
Auditor	ANA MILENA MORALES JIMENEZ	PERSONAL DE APOYO OFICINA DE CONTROL INTERNO	

JAIME ALBERTO ESCUDERO JIMENEZ @ 2026-10-22, 17:40:14