	FORMATO		
	INFORME DE NO CONFORMIDADES		
Fecha de emisión/actualización:	**Código:**	**Versión:**	**Páginas:**
Marzo 25 de 2025	ITIC-T-SG-FM-020	008	2

Empresa	**SECRETARÍA DISTRITAL DEL HÁBITAT**		
Representante de la empresa	Ana Carolina Rodríguez Rivero Subdirectora de Programas y Proyectos		
Auditor líder	Ana María Pineda		
Fechas de la auditoria	06, 07, 08 de octubre de 2025		
Norma(s): versión	ISO 14001:2015		
Tipo de auditoria: (**INI-SEG1-SEG2-REN-OTRA; CUAL**)	SEG 2	N° Certificado(s):	SG 2 200-252

DESCRIPCIÓN NC

No conformidad:	**N°1**	X Mayor	☐ Menor
Área/ Departamento:	Administración del sistema de gestión	Norma(s): versión:	ISO 14001:2015
		Requisito: (relacionar cláusula/ sub-cláusula específica por cada norma):	9.1.1

No conformidad:

No se observa que la Entidad se asegure de usar y mantener equipos de seguimiento y medición calibrados o verificados, según corresponda.

Evidencia:

Báscula (sin identificación) ubicada en el sótano en el área de acopio de residuos aprovechables, no se observa que se encuentre calibrada o verificada, según corresponda, este equipo de medición se utiliza para el pesaje y determinación de cantidad de residuos sólidos generados en la entidad.

En el PIGA se establecen metas con relación a los residuos, para lo cual se requiere el pesaje de estos:

- Aprovechar 70% de los residuos aprovechables que se generan en la entidad (cantidad de aprovechados / Residuos generados)
- Reducir el 5% de los residuos no aprovechables generados en la entidad.

Esta no conformidad es repetitiva con respecto al hallazgo de no conformidad menor No. 2 de auditoría de seguimiento 1, realizada en los días 30 de septiembre - 01 y 02 de octubre de 2024.

El plan de acción aprobado por el auditor líder Julián Ignacio Cándelo Arias el 21/11/2024 contiene las siguientes acciones:

Corrección:

1. Elaboración del procedimiento de Metrología:
2. Definir y documentar las responsabilidades frente a la calibración de los equipos.
3. Incluir en el plan de mantenimiento la calibración de las basculas.

Acciones correctivas:

- Generar un inventario actualizado de los equipos de medición que deben ser controlados en el SGA ya sea por medio de calibración o verificación.
- Revisar y actualizar un plan de aseguramiento metrológico acorde con los equipos relacionados en el inventario de equipos de medición.
- Definir una hoja de vida para cada equipo de medición que permita la trazabilidad y control sobre el estado, etiquetado y ubicación de cada equipo de medición a ser calibrado o verificado.

No se observa la implementación de las acciones relacionadas, sin embargo, si se observa la gestión de seguimiento realizada por el proceso de Evaluación, asesoría y mejoramiento.

Se observa radicado 3-2025-3603 de la Subdirección administrativa del 15/04/2025, en el cual se solicita ajustar el responsable del PM926 (Plan de acción de la NCM No. 2 de la auditoria de seguimiento No. 1) o se ajuste con la acción: “Llevar a cabo el proceso de selección de mínima cuantía para adelantar la calibración de dos basculas digitales”, con ejecución al 31/12/2025, el cual se acepta por la Entidad. Sin embargo, la acción por la que se cambia el plan de acción corresponde solo a la posible corrección.

Se observa comunicado 3-2205-9931, de la Subdirección administrativa, reporta el avance del proceso de contratación SDHT-071-2025 para el mantenimiento y calibración de instrumentos de pesaje en la Entidad.

Requisito:

9.1.1 Generalidades / Seguimiento, medición, análisis y evaluación.

La organización debe asegurarse de que se usan y mantienen equipos de seguimiento y medición calibrados o verificados, según corresponda.

ACCIONES CORECTIVAS/ REVISIÓN Y ACEPTACIÓN POR PARTE DEL AUDITOR

No conformidad:	**N°1**	X Mayor	☐ Menor

Plan de acción presentado:

Correcciones:

- Retiro controlado del equipo o etiquetar como “Fuera de Servicio” hasta tanto no esté calibrado
- Priorizar la calibración de la báscula del sótano con laboratorio acreditado ONAC.
- Identificar y documentar si existen otros equipos de metrología usados en los seguimientos del Sistema de Gestión ambiental.

Análisis de Causas:

- No se tiene definido en el procedimiento programa de gestión integral de residuos la frecuencia de calibración de la báscula u otros equipos de medición si aplica.
- Dificultades para contratar los servicios de calibración.

- Falta de integración entre el procedimiento de gestión de residuos y el programa de mantenimiento preventivo institucional.

Acciones Correctivas:

- Revisar el Procedimiento Programa de Gestión Integral de Residuos e incluir dentro de las políticas de operación, la frecuencia de calibración de estas basculas de cada 2 años o cada vez que se requiera.
- Capacitación a personal de servicios generales y de mantenimiento que tiene contacto con los dispositivos metrológicos, con relación al uso seguro del dispositivo, etiquetado y tratamiento de datos.
- Verificar certificados de calibración vigentes y etiquetado del equipo durante auditoría interna 2026.

Revisión y decisión del auditor.

Se han verificado la(s) corrección(es), análisis de Causas y planes de acción correctiva, así como los documentos entregados como evidencia.

Decisión: La(s) corrección(es), Análisis de Causas y planes de acción(es) correctiva(s) son apropiadas.	**X Si**	**No** ☐

No conformidad:	**N°2**	X Mayor	☐ Menor
Área/ Departamento:	Administración del sistema de gestión	Norma(s): versión:	ISO 14001:2015
		Requisito: (relacionar cláusula/ sub-cláusula específica por cada norma):	6.1.3, c.

No conformidad:

No se observa que la Entidad tenga en cuenta los requisitos legales cuando implementa su sistema de gestión ambiental.

Evidencia:

1. Documento PG03-PR-04 Procedimiento Identificación y evaluación periódica de lo legal V9 del 29/06/2023, se definen acciones, no se observan evidencias de su implementación:
   - Numeral 2: Cuatrimestral comunicación de solicitud a los líderes de proceso que aplique la remisión de los soportes donde se evidencia el cumplimiento legal.
   - Numeral 6: trimestralmente solicitud de concepto técnico sobre la matriz a la SDA
   - Numeral 8, se define realizar comunicado de la actualización a los procesos.

2. Se informa que la última entrega a terceros de residuos peligrosos fue la correspondiente al año 2024, del 08/04/2024 a través de Serviecologico. En el documento Registro de Generación y entrega de residuos peligrosos – RESPEL PG03-FO418, se registra ingresos posteriores desde 18/04/2024. Se registra entre 18/04/2024 al 20/09/2024 una cantidad de 517,79 kg de Residuos Peligrosos, estos residuos se han almacenado por más de 12 meses (considerando la fecha de la presente auditoría), no se observa que se tenga en cuenta los requisitos relacionados con el acopio temporal de RESPEL, establecidos en el Decreto 4741, articulo 10, parágrafo 1.

3. En el recorrido a la Sede de Archivo se observa espacio para el acopio temporal de residuos de manejo diferenciado, se mezclan los residuos de tipo RESPEL, RAEE y RCD, no se observa rotulación de los RESPEL, no se tiene en cuenta lo determinado en el Decreto 284 de 2018, articulo 2.2.7A.2.3.
Requisito: 6.1.3 Requisitos legales y otros requisitos La organización debe: c) tener en cuenta estos requisitos legales y otros requisitos cuando se establezca, implemente, mantenga y mejore continuamente su sistema de gestión ambiental.

ACCIONES CORECTIVAS/ REVISIÓN Y ACEPTACIÓN POR PARTE DEL AUDITOR

No conformidad:	**N°2**	X Mayor	☐ Menor

Plan de acción presentado:

Correcciones:

- Actualizar la matriz de requisitos legales, y vincular cada requisito a una evidencia, con el fin de asegurar que tenga en cuenta los requisitos en la implementación del SGA.
- Retirar los elementos Residuos Peligrosos - RESPEL, Residuos de Aparatos eléctricos y electrónicos, y Residuos de Construcción y Demolición – RCD de la sede de Archivo y de la sede principal, con un gestor autorizado.
- Actualizar la matriz de requisitos legales incluyendo los artículos del Decreto 4741 de 2005 y del Decreto 2184 de 2018 relacionados con almacenamiento temporal, rotulación y disposición de residuos peligrosos (RESPEL), Residuos de Aparatos Eléctricos y Electrónicos (RAEE) y Residuos de Construcción y Demolición (RCD).
- Socializar la actualización de la matriz de requisitos legales, así como su nivel de cumplimiento con los colaboradores de la Entidad.

Análisis de Causas:

- Falta de seguimiento a la implementación del procedimiento PG03-PR-04 - Procedimiento Identificación y evaluación periódica de lo legal.
- Deficiencia en el control del cuarto de almacenamiento que permitió superar los tiempos legales de almacenamiento de RESPEL.
- La evacuación de residuos peligrosos - RESPEL no está planificada como un servicio recurrente con frecuencia, lo que genera dificultades para contratar oportunamente los servicios de recolección, transporte, tratamiento y disposición final.

Acciones Correctivas:

- Actualizar el Procedimiento Identificación y evaluación periódica de lo legal - PG03-PR-04, en el que se incluya una política de operación relacionada a un comunicado de actualización a los procesos, así como el método de seguimiento a la implementación de los requisitos legales en el SGA
- Actualizar el Procedimiento Programa de Gestión Integral De Residuos PGIR - PG03-PR02, políticas de operación los criterios de almacenamiento temporal, control de ingreso de los residuos, y alerta para evacuar cuando se aproxime a los 9 meses de almacenamiento, esto para el caso de los RESPEL.

• Capacitar a los responsables que hacen uso y mantenimiento del espacio definido como almacenamiento temporal, en temas de rotulación, control de registro y segregación.		
Revisión y decisión del auditor.		
Se han verificado la(s) corrección(es), análisis de Causas y planes de acción correctiva, así como los documentos entregados como evidencia.		
Decisión: La(s) corrección(es), Análisis de Causas y planes de acción(es) correctiva(s) son apropiadas.	**X Si**	**No** ☐

No conformidad:	**N°3**	X Mayor	☐ Menor
Área/ Departamento:	Administración del sistema de gestión	Norma(s): versión:	ISO 14001:2015
		Requisito: (relacionar cláusula/ sub-cláusula específica por cada norma):	9.1.1, b

No conformidad:
No se observa que la Entidad determine los métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación, según corresponda, para asegurar resultados válidos.

Evidencia:

1. Se observa el Instructivo para la creación del contexto de la entidad e identificación de riesgos y oportunidades ambientales PG03-IN88 V02 del 27/07/2023, en la actividad 7, seguimiento de las actividades, se determina que se debe hacer seguimiento mensual en caso de no presentar avances del riesgo / oportunidad y de manera regular cada 6 meses.

   Se observa documento de Matriz de riesgos y oportunidades SGA PG03-FO824 con información de ultimo seguimiento del mes de mayo de 2025:

   Riesgo relacionado con aspectos ambientales, almacenamiento inadecuado de RESPEL en la sede, zona de riesgo alta, último seguimiento del 07/05/2025, se registra cuarto de RESPEL con sobre acumulación de almacenamiento, el contrato de recolección y disposición final se encuentra en proceso de contratación, no se realiza el seguimiento mensual, según se ha determinado por la Entidad, ni la frecuencia regular, ya que se superan los 6 meses, seguimiento anterior del 20/09/2024, y posterior del 07/05/2025.

   Riesgo relacionado con los vehículos propios de la entidad que generan emisiones por fuera de límites permitidos, valorado zona de riesgo alta, controles: seguimiento 20/05/2024 y 07/05/2025 (1 año entre seguimientos), se registra para 07/05/2025 el seguimiento con las revisiones técnico mecánicas, total de los vehículos con certificados vigentes, sin embargo, el del vehículo de placa ODT016 venció en 19/04/2025, y el del vehículo de placa ODT017 venció en 03/03/2025, Adicionalmente se observa acta de Comité Institucional de Gestión y Desempeño No. 14 de noviembre de 2024, No. 007 de 2024 en el cual se realiza aprobación de baja de los 4 vehículos de la Entidad.

2. No se observa que se realice la medición, seguimiento, análisis, evaluación, según corresponda de los indicadores determinados en el PIGA:
    a. Programa de Gestión de residuos: Meta: Gestionar el 100% de los residuos generados.
        i. Aprovechar 70% de los residuos aprovechables que se generan en la entidad (cantidad de aprovechados / Residuos generados)
        ii. Reducir el 5% de los residuos no aprovechables generados en la entidad.
    b. Programa de consumo sostenible: Meta incluir progresivamente hasta 2028 el 50% de los contratos que formalice la entidad. Indicador No contratos suscritos con clausulas ambientales / No. contratos suscritos.
    c. Programa Gestión del cambio climático. Indicador: sumatoria de actividades / ejecutadas / sumatoria de actividades programadas.
    d. Programa de comunicación, formación y sensibilización, Indicador Número de evaluaciones con una calificación por encima de 3.5 / Número total de funcionarios.

3. En las actividades para el logro de los objetivos se determina:
    a. Sensibilización para el ahorro del agua, se registra ejecutado en abril de 2025, no se observa evidencias de la ejecución.
    b. Sensibilización del mes de junio de 2025 del programa de gestión de residuos, se registra como ejecutado, no se observa evidencias de la ejecución.

Requisito:

9.1.1 Generalidades

La organización debe determinar:

b) los métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación, según corresponda, para asegurar resultados válidos.

ACCIONES CORECTIVAS/ REVISIÓN Y ACEPTACIÓN POR PARTE DEL AUDITOR

No conformidad:	**N°3**	X Mayor	☐ Menor

Plan de acción presentado:

Correcciones:

- Revisar los métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación para asegurar que sean apropiados para el SGA.
- Ejecutar seguimiento mensual sobre la condición del espacio destinado para el almacenamiento temporal de los residuos peligrosos.
- Recolectar información y calcular los resultados de los programas que hacen parte del PIGA.
- Efectuar actividades de socialización sobre manejo de residuos sólidos y uso eficiente de recurso hídrico.
- Realizar el seguimiento de la matriz de riesgos y oportunidades, teniendo en cuenta las frecuencias de revisión definidas por la Entidad.

Análisis de Causas:

- No hay hojas de vida de indicadores definidos para el Sistema de Gestión Ambiental.
- No existen alertas, ni un tablero que dispare notificaciones no se cumple la frecuencia, ni verificación independiente previa a los reportes.

• Ausencia de evidencias (registros, reportes, actas) de ejecución de actividades programadas en la matriz de riesgos y oportunidades.
Acciones Correctivas: • Actualizar los indicadores del PIGA de acuerdo con el Plan Institucional de Gestión Ambienta PIGA 2024 - 2028. • Revisar la información respecto de las evidencias de ejecución del PIGA y programas ambientales para realizar el seguimiento de los indicadores PIGA para la vigencia 2025. • Elaborar un archivo que consolide y permita analizar los datos de los indicadores del PIGA para la vigencia 2025.
Revisión y decisión del auditor.
Se han verificado la(s) corrección (es), análisis de Causas y planes de acción correctiva, así como los documentos entregados como evidencia.

Decisión: La(s) corrección(es), Análisis de Causas y planes de acción(es) correctiva(s) son apropiadas.	**X Si**	**No** ☐

Aceptación por parte del cliente/empresa:

Nombre y Firma Representante de la empresa:	Ana Carolina Rodríguez Rivero Subdirectora de Programas y Proyectos

Nota: La empresa debe realizar correcciones y acciones correctivas incluyendo la identificación de las causas estas correcciones y acciones correctivas las debe enviar al auditor y a ITICCOL S.A.S con las evidencias de implementación.

Frente a las No Conformidades menores debe enviar los planes de acción correspondientes antes de treinta (30) días calendario, donde se evidencien las correcciones, análisis de causa y planes de acción correctivas.
La verificación de la eficacia de dichas acciones se realizará en la próxima visita de seguimiento o renovación del sistema de gestión.

Frente a las No Conformidades Mayores debe presentar las correcciones, análisis de causa, planes de acción correctivas, antes de treinta (30) días calendario con el propósito de programar el servicio para su posterior verificación de la respectiva eficacia sobre su implementación. Esta verificación en Sitio o documental se programará dentro de sesenta (60) días calendario después de la aprobación de los planes de acción por parte del Auditor Líder.

Aprobación final por parte del auditor:

Nombre auditor líder:	**Fecha de aprobación final:**
Ana María Pineda	**31/10/2025**