G.03.03_F-21_CO_Plan de Auditoría / Cronograma de Auditoría QMS-EMS-OH&S

Versión 10 / 29.Ene.2026

Nombre de Compañía:	SECRETARIA DISTRITAL DEL HABITAT
Dirección y Ciudad:	Calle 52 No. 13-64, Bogotá, Colombia
Nombre del Representante:	VANESSA VELASCO vanessa.velasco@habitatbogota.gov.co
Fechas de la auditoría:	03,06,07,08 DE JULIO DE 2026
Equipo Auditor:	Auditor Líder: LINA MARIA CRUZ PÉREZ Auditor(es): ENRIQUE ROLDAN Experto(s) Técnico(s) equipo auditor:
Acompañantes del Equipo Auditor, Nombre(s) y rol:	Nombre: ------ Rol: -------
Criterio de Auditoria: Norma, Versión: u otros documentos normativos	**Tipo de Auditoría**
ISO 45001: 2018	Pre-Auditoría ☐ Auditoría de Certificación ☐ Etapa 1 o ☒ Etapa 2 ☐ Seguimiento (2 / 2) Recertificación ☐ Etapa 1 o ☐ Etapa 2 Otra:
	Pre-Auditoría ☐ Auditoría de Certificación ☐ Etapa 1 o ☐ Etapa 2 ☐ Seguimiento (2 / 2) Recertificación ☐ Etapa 1 o ☐ Etapa 2 Otra:
	Pre-Auditoría ☐ Auditoría de Certificación ☐ Etapa 1 o ☐ Etapa 2 ☐ Seguimiento (2 / 2) Recertificación ☐ Etapa 1 o ☐ Etapa 2 Otra:

En caso de que aplique, indique los proyectos o sitios que se van a visitar de manera presencial en esta auditoría	**Dirección**	**Parte del alcance a auditar**	**Fecha prevista para la visita**
	Calle 52 No. 13-64, Bogotá, Colombia	Formular políticas, diseñar planes de desarrollo urbano y financiar proyectos para mejorar el hábitat y la vivienda en Bogotá.	,03,06,07 y 08 DE JULIO DE 2026

APROBADO

Otros criterios de Auditoría & Documentos de Referencia:	☐ Marca de certificación – Directrices para su uso (Logo de KIWA CQR) Requisitos Legales, reglamentarios y contractuales aplicables al sistema de gestión de la organización. Información documentada vigente del sistema de gestión definida por la organización. Otra: • Decreto 1072 • Resolución 0312 de 2019
Alcance del Sistema de Gestión:	Formular políticas, diseñar planes de desarrollo urbano y financiar proyectos para mejorar el hábitat y la vivienda en Bogotá.
Inaplicabilidades del sistema declaradas por la empresa:	Norma: Inaplicabilidades: NO APLICA
Turnos de trabajo: Número y Horarios.	DIURNO
Idioma:	CASTELLANO
Objetivos de la Auditoría:	☒ **General** ❖ evaluar la conformidad del sistema de gestión o de partes de dicho sistema, con los criterios de auditoría; ❖ evaluar la capacidad del sistema de gestión para asegurar que la organización cliente cumple los requisitos legales, reglamentarios y contractuales aplicables; ❖ evaluar la eficacia del sistema de gestión, para asegurar que el cliente puede tener expectativas razonables con relación al cumplimiento de los objetivos especificados; ❖ identificar las áreas de mejora potencial del sistema de gestión ☐ **Auditoría Etapa 1** ❖ evaluar la documentación del sistema de gestión y determinar si es adecuada; ❖ evaluar si se han determinado los requerimientos legales y reglamentarios aplicables y vigentes; ❖ evaluar la ubicación y las condiciones específicas del sitio e intercambiar información con el personal con el fin de determinar el estado de preparación para la auditoría de la etapa 2; ❖ revisar el estado del cliente y su grado de compresión de los requisitos de la norma, en particular en lo que concierne a la identificación de aspectos clave o significativos del desempeño procesos, objetivos y funcionamiento del sistema de gestión; ❖ recopilar la información necesaria correspondiente al alcance del sistema de gestión, incluyendo la ubicación del cliente, los procesos y equipos empleados, los niveles de control establecidos, particularmente en el caso de Multi-sitios; ❖ revisar la asignación de recursos para la auditoría de la Etapa 2 y acordar con el cliente los detalles de esta auditoría de Etapa 2; ❖ proporcionar un enfoque para la planificación de la auditoría de Etapa 2, obteniendo una comprensión suficiente del sistema de gestión del cliente y de las operaciones del sitio en el contexto de la normativa del sistema de gestión u otros documentos normativos; ❖ 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 cliente está preparada para la auditoría de la Etapa 2. ☒ **Auditoría Etapa 2** ❖ evaluar el grado de implementación, incluyendo su eficacia del Sistema de gestión. ❖ evaluar la información y evidencia de la conformidad con todos los requisitos de la norma de sistemas de gestión aplicable u otros documentos normativos;

APROBADO

	❖ evaluar la realización del seguimiento, medición, informe y revisión con relación a los objetivos y metas de desempeño clave (coherentes con las expectativas de la norma de sistemas de gestión aplicable u otro documento normativo); ❖ evaluar la capacidad del sistema de gestión del cliente y su desempeño en relación con el cumplimiento de requisitos legales, reglamentarios y contractuales aplicables; ❖ evaluar el control operacional de los procesos del cliente; ❖ evaluar que realización de auditorías internas y la Revisión por la Dirección; ❖ evaluar la responsabilidad de la Dirección en relación con las políticas del cliente. ☐ **Auditoría de Seguimiento** ❖ evaluar que el sistema de gestión continúa cumpliendo con los requisitos de la(s) normativas; ❖ evaluar la eficacia del sistema de gestión en relación con el logro de los objetivos del cliente y los resultados previstos del sistema de gestión; ❖ evaluar el progreso de las actividades planificadas dirigidas a la mejora continua; ❖ evaluar la continuidad en el control operacional. ☐ **Auditoria de Recertificación** ❖ revisar la eficacia del Sistema de Gestión en su totalidad con respecto de los cambios internos y externos, su pertinencia y aplicabilidad continuas para el alcance de la certificación; ❖ revisar el compromiso de la compañía para mantener la eficacia y mejora del Sistema de Gestión con el fin de reforzar el desempeño general; ❖ revisar la eficacia del sistema de gestión en relación con el logro de los objetivos del cliente certificado y los resultados previstos del sistema de gestión ❖ verificar las acciones tomadas basadas en quejas, reclamos y apelaciones
Disponibilidad y Uso de TIC durante la auditoría	**Método:** **Nombre plataforma:** **USOS:** ☐ Reuniones -Teleconferencia – Comunicaciones interactivas basadas en la Web (ET) ☐ Evaluación de documentos mediante acceso remoto (ED) ☐ Grabación de información (GI) ☐ Acceso visual y audio a ubicaciones remotas (AV) ☐ Otra – Describir: _____ Justificación uso de actividades de auditoría remota: _____ _____ Nota 1: El uso de TIC en evaluación de la conformidad está limitado por requisitos normativos y estándares, por lo cual la aprobación de uso se realiza por parte de KIWA como resultado de la revisión de la solicitud de certificación Nota 2: Cuando aplique y antes de elaborar el Plan de auditoría, el auditor debe confirmar la autorización de uso de TIC por parte de cliente, consultando el formulario G.01.03_F-21_CO o G.01.04_F-21_CO.

APROBADO

Fecha	Hora inicio y fin	Turno (horario)	Proceso	Auditor	Sitio o Método TIC	Verificación de ejecución (Ok)	Requisitos Norma: 45001:2018
03-07-2026 (VIERNES)	8:00 AM – 8:30 AM	DIURNO	Reunión de apertura	LINA CRUZ Y ENRIQUE ROLDAN	N.A.	-----	-----
03-07-2026 (VIERNES)	8:30:00 a. m. - 10:00 AM	DIURNO	Verificación de alcance /Verificación formato solicitud de auditoria	LINA CRUZ	N.A.	OK	4.3
03-07-2026 (VIERNES)	8:30 AM – 12:00 M	DIURNO	Administración del Sistema de Gestión	ENRIQUE ROLDÁN	N.A.	OK	4.4 – 5.4 – 6.1 6.1.1 – 6.1.2 – 6.1.3 – 6.1.4 - – 6.2 – 6.2.1 – 6.2.2 -7.4 –7.5 - 8.1.3 – 8.2 -9.1 – 9.1.2 – 9.2 – 10.2
03-07-2026 (VIERNES)	10: 00 AM – 12:00 M	DIURNO	Proceso Direccionamiento estratégico	LINA CRUZ	N.A.	OK	4.1 – 4.2 – 5.1- 5.2- 9.3
03-07-2026 (VIERNES)	12:00 M – 1:00 PM	DIURNO	ALMUERZO	--	-----	-----	-----
03-07-2026 (VIERNES)	1:00 PM – 4:00 PM	DIURNO	Gestión de Bienes Servicios e Infraestructura	LINA CRUZ	N.A.	OK	8.1 – 8.2 – 6.1.3 – 6.1.4
03-07-2026 (VIERNES)	1:00 PM – 4:00 PM	DIURNO	Gestión Urbana para Generación del Hábitat	ENRIQUE ROLDÁN			5.2 - 6.13-6.1.4- 8.1
03-07-2026 (VIERNES)	4:00 PM - 5:00 PM	DIURNO	Tiempo de auditor - Reunión de enlace	LINA CRUZ Y ENRIQUE ROLDAN	-----	-----	-----
06-07-2026 (LUNES)	8:00 AM – 10:00 AM	DIURNO	Gestión de Talento Humano	LINA CRUZ	N.A.	OK	5.3 – 7.2 – 7.3 -
06-07-2026 (LUNES)	10:00 AM - 12:00 M	DIURNO	Comunicaciones Públicas y Estratégicas	LINA CRUZ	N.A.	OK	7.4 – 8.1 – 8.2
06-07-2026 (LUNES)	12:00 M – 1:00 PM	DIURNO	ALMUERZO	-----	-----	-----	--------
06-07-2026 (LUNES)	1:00 PM – 3:00 PM	DIURNO	Proceso de Gestión Documental	LINA CRUZ	N.A.	OK	7.5 - 8.1
06-07-2026 (LUNES)	3:00 PM - 5:00 PM	DIURNO	Transformación digital y gestión tecnológica	LINA CRUZ	N.A.	OK	8.1 -8.2

APROBADO

07-07-2026 (MARTES)	8:00 AM - 12:00m	DIURNO	Gestión Contractual	ENRIQUE ROLDÁN	N.A.	OK	8.1.4
07-07-2026 (MARTES)	8:00 am – 10:00 am	DIURNO	Participación y Relacionamiento con la Ciudadanía	LINA CRUZ	N.A.	OK	5.2 – 8.2
07-07-2026 (MARTES)	10:00 am – 12:00 m	DIURNO	Proceso de evaluación y seguimiento	LINA CRUZ	N.A.	OK	9.1-10.1-10.3
07-07-2026 (MARTES)	12:00 m- 1:00 PM	DIURNO	ALMUERZO	-----	-----	-----	-----
07-07-2026 (MARTES)	1:00 PM – 4:00 PM	DIURNO	Gestión de soluciones para el acceso y el mejoramiento habitacional (VISITA A CAMPO)	LINA CRUZ	N.A.	OK	5.2 - 6.13-6.1.4- 8.1
07-07-2026 (MARTES)	1:00 PM – 4:00 PM	DIURNO	Promoción y gestión de servicios Públicos y domiciliarios y TIC (VISITA A CAMPO)	ENRIQUE ROLDÁN	N.A.	OK	5.2 - 6.13-6.1.4- 8.1
07-07-2026 (MARTES)	4:00 pm –5:00 PM	DIURNO	Reunión de enlace / Tiempo de auditor	LINA CRUZ Y ENRIQUE ROLDAN	N.A.	-----	-----
08-08-2026 (MIERCOLES)	8:00 AM – 12:00 AM	DIURNO	Gestión Financiera Gestión de Producción de Información del Hábitat	LINA CRUZ	N.A.	OK	7.1 – 8.1
08-08-2026 (MIERCOLES)	10:00 AM - 12:00 M	DIURNO	Gestión Jurídica	LINA CRUZ	N.A.	OK	8.2
08-08-2026 (MIERCOLES)	8:00 AM – 12:00 AM	DIURNO	Gestión territorial del hábitat (VISITA A CAMPO)	ENRIQUE ROLDÁN	N.A.	OK	5.2 - 6.13-6.1.4- 8.1-8.2
08-08-2026 (MIERCOLES)	12:00 m- 1:00 PM	DIURNO	Almuerzo	-----	-----	-----	-----
08-08-2026 (MIERCOLES)	1:00 pm -4:00 pm	DIURNO	Control de vivienda y veeduría a las curadurías	ENRIQUE ROLDÁN	N.A.	OK	5.2 - 6.13-6.1.4- 8.1-8.2
08-08-2026 (MIERCOLES)	1:00 PM - 4:00 PM	DIURNO	Gestión de Producción de Información del Hábitat	LINA CRUZ	N.A.	OK	5.2 -6.13-6.1.4- 8.1
08-08-2026 (MIERCOLES)	4:00 pm -4:30 pm	DIURNO	Consolidación de resultados tiempo de auditor	LINA CRUZ Y ENRIQUE ROLDAN	N.A.	-----	-----
08-08-2026 (MIERCOLES)	4:30 pm – 5:00 pm	DIURNO	Reunión de cierre	LINA CRUZ Y ENRIQUE ROLDAN	-----	-----	-----

APROBADO

APROBADO

Notas para la empresa auditada:

- Por favor revise la información descrita en este Plan de Auditoría y en caso de que tenga comentarios favor comunicarnos de forma inmediata a fin de hacer las adecuaciones correspondientes.
- El personal designado para ser entrevistado durante la auditoria son los encargados de las áreas o los responsables de las funciones, así como los empleados que participan en el proceso auditado, quienes deben ser informados con suficiente anticipación de este proceso. Las entrevistas a los empleados, preferentemente debe ser en las áreas de trabajo.
- Por favor considere que los auditores deben estar acompañados durante la auditoria, por personal guías que designe la organización
- Los tiempos registrados en este Plan de Auditoria pueden llegar a verse modificados, por situaciones varias, sin embargo, el Auditor Líder informará oportunamente a su organización de cualquier modificación que sea requerida.
- Favor proveer de un almuerzo ligero al equipo auditor.

Declaración de Confidencialidad Toda la información procurada por la organización durante la realización de esta Auditoría será tratada en estricta confidencialidad y no será revelada a un tercero sin el consentimiento escrito del cliente, excepto a las autoridades de Acreditación para la evaluación correspondiente del Sistema de Gestión acreditado de KIWA.

Declaración de Descargo de Responsabilidad. Una auditoría, a los sistemas de gestión de una organización, se basa en la verificación de una muestra de la información disponible. Consecuentemente existe un elemento de incertidumbre, que se refleja en los hallazgos de auditoría, colectados por el equipo auditor. En el caso en que no se hayan registrado No Conformidades durante auditoria NO significa que estas pudieran existir en el área auditada y/o en otras áreas de la organización.

Notas para el equipo Auditor.

- Por favor recuerde que al citar el numeral completo, se debe auditar todos los **sub numerales de este y sus literales**, por ejemplo, si para ISO 9001:2015 se indica que se auditara el numeral 8.2, se debe auditar también el 8.2.1 a, b, c, d, e; 8.2.2 a, b; 8.2.3.1, a, b, c, d, e; 8.2.3.2 a, b y el 8.2.4, si solo se desea auditar algunos sub numerales o literales se debe especificar en el plan, de lo contrario como ya se indicó se debe auditar todo el numeral.

Consideraciones en la programación de los planes de auditoría:

1. Requerimientos Mandatorios en SEGUIMIENTO:	2. Requerimientos Mandatorios de RECERTIFICACION:
a) Auditorías internas y Revisión por la Dirección; b) Revisión de acciones tomadas, para atender las No Conformidades registradas durante la Auditoría previa; c) Tratamiento de Quejas; d) Eficacia del Sistema de Gestión respecto al logro de objetivos del cliente certificado y los resultados previstos del sistema de gestión; e) Progreso de actividades planeadas dirigidas a la mejora continua f) La continuidad en el control operacional g) Revisión de cualquier cambio; h) Revisión del Uso de marcas y logos y cualquier referencia de la certificación	a) Revisión de la eficacia del Sistema de Gestión en su totalidad con respecto de los cambios internos y externos, su pertinencia y aplicabilidad continuas para el alcance de la certificación; b) Revisión del compromiso de la compañía para mantener la eficacia y mejora del Sistema de Gestión con el fin de reforzar el desempeño general; c) Revisión de la eficacia del sistema de gestión en relación con el logro de los objetivos del cliente certificado y los resultados previstos del sistema de gestión d) Verificar las acciones tomadas basadas en quejas, reclamos y apelaciones

APROBADO

4325 Notificación de Auditoría

Versión 16/15.Ago.2024

Organización:	**SECRETARIA DISTRITAL DEL HABITAT**

Estimados Señores,

Por favor considere que para la realización de su correspondiente auditoría, KIWA CQR ha designado al siguiente equipo auditor considerando las siguientes fechas:

EQUIPO AUDITOR PROPUESTO

Nombre	Rol	Códigos y normas	No. de días
Etapa 1			
MARIBEL CARDENAS YAÑEZ maribelcar@gmail.com 304 3548526	Auditor Líder	**Norma ISO 45001:2018** IAF/NACE 36-84.11	0.3400
Liliana Claro liliclaro@hotmail.com 3188164391	Auditor	**Norma ISO 45001:2018** IAF/NACE 36-84.11	0.3300
Lina Maria Cruz linacruzsgi@gmail.com,linamaria0406@hotmail.com 3017183270	Auditor	**Norma ISO 45001:2018** IAF/NACE 36-84.11	0.3300
Etapa 2			
Lina Maria Cruz linacruzsgi@gmail.com,linamaria0406@hotmail.com 3017183270	Auditor líder	**Norma ISO 45001:2018** IAF/NACE 36-84.11	4.000
Enrique Roldan eroldan7@hotmail.com 3138526094	Auditor	**Norma ISO 45001:2018** IAF/NACE 36-84.11	3.000

INFORMACIÓN DEL PROCESO DE AUDITORÍA

Certificado No: N/A

Tipo de Auditoría: Certificación inicial

Fechas de Auditoría: Etapa 1: Desde 2025/12/26 hasta 2025/12/26 (1.000 días de auditoría)
Etapa 2: Desde 2026/07/03 hasta 2026/07/08 (7.000 días de auditoría)

Lugar donde se llevará a cabo la Etapa 1: 1 MD Sede Principal

Lugar donde se llevará a cabo la Etapa 2 o el Seguimiento: 4 MD Sede Principal. 3 MD Prestación del Servicio

Dirección donde se llevará a cabo la auditoría: Calle 52 No. 13-64, Bogotá D.C., COLOMBIA.

Acreditaciones: ONAC

Normativas: ISO 45001:2018,

Agradeceríamos que por favor confirme la información antes descrita, así como la aceptación del equipo auditor propuesto, firmando y reenviando este formato a nuestras oficinas.

Aceptación de las fechas de Auditoría y Equipo Auditor: ☐ Sí ☐ No

Versión 16/15.Ago.2024

En caso de no aceptación de las fechas o el equipo auditor antes propuesto, mucho agradeceríamos nos proporcione detalles de su respuesta.

Identificación de algún Conflicto de Interés, sobre el Equipo Auditor propuesto: ☐ Sí ☐ No

En caso que usted perciba algún Conflicto de Interés, con el equipo auditor propuesto, agradeceríamos nos compartiera sus comentarios:

Aceptación de Auditoría Back to Back *(Aplica solo Cert. Inicial o Recertificación)*: ☐ Sí ☐ No

NOTA IMPORTANTE: Si la Auditoría Etapa 1 y Etapa 2 continúan sin lapso de tiempo entre ellas,podría tener posibles consecuencias y riesgos para la Certificación del Sistema de Gestión, en el caso que los hallazgosidentificados en la Etapa 1 de auditoría demuestran grandes deficiencias en el Sistema de Gestión.

_____ _____

Nombre y Firma
Representante de la Organización

Fecha

Nota: Las amenazas a la imparcialidad incluyen intereses personales, que surgen cuando una persona o un organismo actúa en su propio interés; mantener intereses financieros personales en una organización; la auto revisión, producto de una revisión hecha por un organismo sobre el trabajo propio que este realizó. Cuando un miembro del equipo auditor ha proporcionado servicios de consultoría a la organización, en los últimos 2 años; la familiaridad que se presenta cuando una persona o un organismo tiene una relación de excesiva familiaridad o confianza; la intimidación que pudiera presentarse cuando una persona o un organismo tiene la percepción de sufrir coacción abierta o encubiertamente, por ejemplo, la amenaza de ser reemplazado, o ser denunciado.

G.07.02_F-21_CO_Lista y Protocolo de Reunión de Apertura y Cierre

kiwa

Versión 8 / 12.Sept.2025

Organización:	SECRETARIA DISTRITAL DEL HABITAT
Dirección:	Calle 52 No. 13-64, Bogotá, Colombia
Estándar(es):	ISO45001:2018
Fecha de Auditoria:	26 de diciembre de 2025
Tipo de Auditoria:	☐ Pre-auditoria Certificación ☒ Etapa 1 ☐ Etapa 2 ☐ Seguimiento (/) Recertificación ☐ Etapa 1 ☐ Etapa 2 ☐ Otra / ¿Cuál? _____
Auditor Líder:	Maribel Cárdenas Yáñez
Coauditor(es):	Liliana Claro -Lina Maria Cruz
Experto(s):	
Observador(es):	

Nota: El auditor debe solicitar al representante de la organización que invite a la reunión de clausura a la gerencia legalmente responsable de la seguridad y salud ocupacional, al personal responsable de monitorear la salud de los empleados y al representante (s) de los empleados con responsabilidad en seguridad y salud ocupacional.

La justificación en caso de ausencia deberá ser registrada:

Lista Asistencia de Auditoria			
Función / Cargo	Nombre	Firma Reunión Apertura	Firma Reunión Cierre
Dirección/gerencia con Responsabilidad legal en materia de Salud y Seguridad en el Trabajo.	Jenny Barrera		
Representante (s) de los empleados con Responsabilidad en Salud y Seguridad en el Trabajo.	Blanca Ceala Cortes Cruz		
Personal Responsable de Monitorear la Salud de los Empleados.	Jenny Barrera		

Lista Asistencia de Auditoria			
Nombre	Función / Cargo	Firma Reunión Apertura	Firma Reunión Cierre
Blanca Ceala Cortes Cruz	Profesional Esp.		
MARCELA MEDINA SANCHEZ	DIRECTORA ADM		
Claudia Gómez Monsalve	R-Global Esp		
Erwin ORTIZ SALAS	CONTRATISTA TH		

PROTOCOLO REUNIÓN DE APERTURA

Introducción del Equipo Auditor

- ☑ Presentar a los miembros del Equipo Auditor
- ☑ Su profesión, su rol, incluyendo a los expertos o a los auditores en entrenamiento y/o a los evaluadores de Organismos de Acreditación, si los hubiere.
- ☑ Circular Lista de Asistencia
- ☑ Agradecer al cliente por la selección de KIWA como su Organismo de Certificación, cuando aplique.

Confirmar los siguientes puntos:

- ☑ Objetivo de la Auditoría;
- ☑ Alcance de auditoría incluyendo revisión de las exclusiones aplicables;
- ☑ Criterio de auditoría;
- ☑ Confirmar el Plan de Auditoría (cambios o ajustes al mismo);
- ☑ Confirmar que, si aplica ISO 50001:2018, el plan de auditoría incluye la evaluación del desempeño energético, indicadores (IDE´s), línea base energética (LB), usos significativos (USE), cumplimiento legal energético y controles operacionales.
- ☑ Fecha y hora de la auditoría de la Revisión por la Dirección y de la Reunión de Cierre;
- ☑ Reuniones informativas entre equipo auditor y la organización;
- ☑ Confirmación de los canales de comunicación entre la organización y el equipo auditor;
- ☑ Informar que Líder del equipo auditor es (preferiblemente) enlace entre el equipo auditor y la organización.
- ☑ Confirmar que están disponibles los recursos, las instalaciones y la logística para la Auditoría;
- ☑ Confirmar la confidencialidad: Toda información evidenciada durante la Auditoría será tratada con estricta confidencialidad y no será revelada a un tercero sin el consentimiento del cliente, excepto a las autoridades de acreditación, según corresponda.
- ☑ Confirmar procedimientos de seguridad, emergencia y salud ocupacional;
- ☑ Confirmar la disponibilidad de los guías en la organización (uno por cada auditor);
- ☑ Confirmar los horarios de trabajo; los turnos dentro de la organización; los tiempos de descanso; el horario normal para el almuerzo y/o cena, según corresponda.
- ☑ Hacer ver al Cliente, que las entrevistas, sólo podrán llevarse a cabo, en áreas y horarios de trabajo normales y que por ninguna razón, se harán entrevistas en tiempo extra. Los descansos y salidas del trabajo reglamentarios serán respetados.
- ☑ Confirmar que el equipo auditor es el responsable de la auditoría y que debe, por ende, controlar la ejecución del plan de auditoría, incluidas las actividades y las líneas de investigación de la auditoría;
- ☑ Confirmar el número de empleados y compararlo frente al G.01.03_F-21_CO_Formulario de Solicitud de Servicios de Certificación (Iniciales-Recertificación) o G.01.04_F-21_CO_Variación en Tiempo de Auditoria (Seguimientos).

Nota: En caso de encontrar diferencias de personal verificado en sitio y el reportado en el G.01.03_F-21_CO_, por favor comunicarse inmediatamente con el área de operaciones de KIWA CQR

Mencionar método realización de la auditoría y de presentación de información:

- ☑ Para auditorías bajo ISO 50001:2018, se informará al cliente que la evaluación incluye: planificación energética documentada, controles operacionales energéticos, evidencias de cumplimiento legal y análisis de desempeño según ISO 50003.
- ☑ Muestreo aleatorio de evidencia objetiva a través de documentos, registros, entrevistas y observación de actividades en sitio.
- ☑ Decirle al Cliente que durante la auditoría a los procesos y al término de cada uno de ellos, el auditor retroalimentará al cliente sobre las fortalezas y/o las debilidades encontradas. Las debilidades o eventuales hallazgos no podrán ser categorizados hasta la reunión de cierre.
- ☑ Reuniones informativas diarias, si son necesarias o alguna de las partes las requieren, con el propósito de revisar el avance de la auditoría, el cumplimiento del plan de auditoría e informar sobre los hallazgos (no su categorización) hasta ese momento.

☑ Informar sobre las condiciones bajo las cuales la auditoría puede darse por terminada prematuramente (básicamente, 'ausencia de garantías para poder llevar a cabo la auditoría').

Confirmar los siguientes aspectos:

Explicar a la organización la Clasificación de las No Conformidades: Mayor y Menor. También las Observaciones y las Oportunidades de Mejora;

☑ Planes y plazos para la **No-Conformidad MAYOR**:
- ✓ Una o más NC Mayores, pospone la recomendación para la Certificación;
- ✓ Las NCM, requieren la verificación de las correcciones y de las acciones correctivas, en una auditoría complementaria que deberá llevarse a cabo en un plazo no mayor a 90 días calendario, contados a partir de la fecha de la reunión de cierre;
- ✓ La organización debe presentar los planes de acción correspondientes, con el análisis de causas y la propuesta de los planes de acción correctiva, en un plazo no mayor a 30 días calendario, para su revisión y aceptación por parte del auditor designado por KIWA
- ✓ De común acuerdo entre las partes, pero sin sobrepasar los 90 días calendario, se acordará la auditoría de seguimiento o complementaria, en la que se confirmará la eficacia del cierre de las NCM hecho por el SG de la organización cliente.
- ✓ Cuando se trata de una auditoría de certificación o recertificación, si después de seis (meses contados a partir de la fecha de la reunión de cierre, no se ha confirmado la eficacia de cierre de las NCM; se deberá realizar nuevamente la auditoría desde la etapa 1.
- ✓ Cuando se trata de una auditoría de seguimiento el plazo máximo para confirmar la eficacia de cierre de las NCM es de 90 días contados a partir de la fecha de la reunión de cierre. Vencido el plazo anterior, se procederá con la suspensión de la certificación.

☑ Planes y plazos para la **No-Conformidad Menor**:
- ✓ El SG de la organización, requiere enviar los planes de corrección, los análisis de causas raíz y la propuesta de acciones correctivas, en un plazo no mayor a 90 días calendario contados a partir de la fecha de la reunión de cierre;
- ✓ Que la verificación de la eficacia del cierre hecho por el SG, de las No-Conformidades Menores, sus correcciones y acciones correctivas, se llevará a cabo en la siguiente Auditoría de Seguimiento;
- ✓ Sin embargo, en el evento de haberse registrado un número igual o mayor a 7 NC Menores, se debe informar al cliente que será necesario llevar a cabo una auditoría complementaria durante los próximos SEIS (06) MESES, para verificar la eficacia de las correcciones y acciones correctivas incorporadas por la organización para el caso de auditorías de certificación o recertificación. Si después de seis (meses contados a partir de la fecha de la reunión de cierre no se ha confirmado la eficacia de cierre de las NCm; se deberá realizar nuevamente la auditoría desde la etapa 1. Cuando se trata de una auditoría de seguimiento el plazo máximo para confirmar la eficacia de cierre de las NCm es de 90 días contados a partir de la fecha de la reunión de cierre. Vencido el plazo anterior, se procederá con la suspensión de la certificación
- ✓ Informar al Cliente que al evidenciarse el cierre no-eficaz de una No-Conformidad Menor, ésta se escala a No-Conformidad Mayor y para ella(s) se aplica todo lo relacionado a las NCM.

☑ Oportunidades de Mejora y/u Observaciones: Son de tratamiento VOLUNTARIO.

☑ Confirmar el idioma que se utilizará durante la auditoría;

☑ Confirmar el estado de los hallazgos de la auditoría anterior, y la necesidad de verificar la eficacia de su cierre por el SG, cuando corresponda;

Motivar a la organización a hacer preguntas o comentarios sobre los temas tratados u otros de importancia relacionados.

-/-

PROTOCOLO REUNIÓN DE CIERRE

- ☑ Agradecer al cliente por el soporte y apertura mostrados durante el proceso de Auditoría.
- ☑ Circular Lista de Asistencia

Reconfirmación de los siguientes puntos:

Auditor(a): Se recomienda seguir en orden los siguientes puntos, estos se consideran la mejor práctica (sin embargo, se reconoce que los Auditores generalmente desarrollan y evolucionan en su propio estilo de comunicación de resultados). Una razón para hacerlo como se expone a continuación es que los Clientes generalmente están ansiosos por conocer el resultado y no se debe hacerlos esperar, sin importar que el resultado les sea favorable o no. Ahora.... hay veces que el orden de los factores no altera el producto. Su decisión.

Se esperaría que el cliente perciba el resultado final de la auditoría, sobre todo si se ha retroalimentado a todos los auditados con suficiencia al término de la auditoría en cada proceso y una reunión previa a la Reunión de Cierre con la Alta Dirección, se ha llevado a cabo. Obviamente la categorización de los hallazgos, sólo se podrá conocer después de la reunión final del Equipo Auditor, resultado que se comunicará en la Reunión de Cierre.

- ☑ Reconfirmar Objetivo de la Auditoría
- ☑ Reconfirmar Alcance de la Certificación
- ☑ Reconfirmar Criterio de la Auditoría
- ☑ En auditorías ISO 50001:2018, confirmar que se incluyó la evaluación de (IDE´s), línea base energética (LB), usos significativos (USE), cumplimiento de requisitos legales energéticos y planes de mejora del desempeño energético.
- ☑ **Informar la decisión de la auditoría** (recomendar o no; posponer, aplazar la decisión de,...)
- ☑ Explicar el porqué de la decisión y mencionar el número de las No-Conformidades, iniciando por mencionar las NC Mayores y después las NC Menores.
- ☑ Dar lectura a las No-Conformidades, iniciando por las Mayores (en orden de cláusulas) y luego las Menores (en orden, también... en lo posible).
- ☑ Explicar las NC, sobre todo, por qué son Mayores, pero sólo si les es requerido. Es probable que el auditorio ya entienda la severidad de los hallazgos y no es necesario repetir.

Informar los siguientes aspectos:

- ☑ Reconfirmar Muestreo aleatorio (tal como se explicó en la reunión de apertura);
- ☑ Método y plazo para que el Auditor Líder/Líder del Equipo Auditor, presente el informe;
- ☑ Proceso para el tratamiento de las No-Conformidades (NC), incluida cualquier consecuencia relativa al estado de la certificación del cliente;
- ☑ Planes y plazos para la **No-Conformidad MAYOR**:
  - ✓ Una o más NC Mayores, pospone la recomendación para la Certificación;
  - ✓ Las NCM, requieren la verificación de las correcciones y de las acciones correctivas, en una auditoría complementaria que deberá llevarse a cabo en un plazo no mayor a 90 días calendario, contados a partir de la fecha de la reunión de cierre;
  - ✓ La organización debe presentar los planes de acción correspondientes, con el análisis de causas y la propuesta de los planes de acción correctiva, en un plazo no mayor a 30 días calendario, para su revisión y aceptación por parte del auditor designado por KIWA.
  - ✓ De común acuerdo entre las partes, pero sin sobrepasar los 90 días calendario, se acordará la auditoría de seguimiento o complementaria, en la que se confirmará la eficacia del cierre de las NCM hecho por el SG de la organización cliente.
- ☑ Planes y plazos para la **No-Conformidad Menor**:
  - ✓ El SG de la organización, requiere enviar los planes de corrección, los análisis de causas raíz y la propuesta de acciones correctivas, en un plazo no mayor a 90 días calendario contados a partir de la fecha de la reunión de cierre;
  - ✓ Que la verificación de la eficacia del cierre hecho por el SG, de las No-Conformidades Menores, sus correcciones y acciones correctivas, se llevará a cabo en la siguiente Auditoría de Seguimiento;
  - ✓ Sin embargo, en el evento de haberse registrado un número igual o mayor a 7 NC Menores, se debe informar al cliente que será necesario llevar a cabo una auditoría complementaria durante los próximos SEIS (06) MESES, para verificar la eficacia de las correcciones y acciones correctivas incorporadas por la organización.

- ✓ Informar al Cliente que al evidenciarse el cierre no-eficaz de una No-Conformidad Menor, ésta se escala a No-Conformidad Mayor y para ella(s) se aplica todo lo relacionado a las NCM.

☑ Oportunidades de Mejora y/u Observaciones: Son de tratamiento VOLUNTARIO.

Informar a la organización sobre el proceso posterior a la Auditoría:
Si el tiempo y/o las condiciones lo permiten, el Auditor Líder/Líder del Equipo Auditor, debería informar sobre:

- ✓ Preparación de Informe y del Paquete de Auditoría;
- ✓ Revisión Técnica del Paquete de Auditoría
- ✓ Emisión del Certificado
- ✓ Según corresponda: Uso de la Marca (Sello) de la Certificación.

Apelaciones y Quejas
Apelación: Objeción a alguna de las decisiones o resoluciones hechas por el equipo auditor.
Queja: Insatisfacción frente al proceso de auditoría.

☑ Informar que en el evento en el que la Organización no esté de acuerdo con alguna de las no-conformidades expuestas, ya fuere por redacción y/o por contenido, está en su derecho de apelar la decisión del Equipo Auditor. Esta apelación, deberá hacerla formalmente y por escrito, vía e-mail o por un comunicado/oficio formal.

☑ Informar que el recurso de apelación, es completamente normal y que corresponde al debido proceso de certificación o de auditoría regular (seguimientos).

☑ Informar a la Organización, que en la página web www.kiwa.com, puede consultar el procedimiento de Apelaciones & Quejas, al que tiene acceso libremente.

Auditor(a): *En el caso en el que al término de la Reunión de Cierre, llegaren a presentarse temas, aún sin resolver, se deberán registrar los mismos en el Reporte de Auditoría e informar a KIWA, área de Operaciones de Certificación de SG, tan pronto como sea posible.*

G.07.02_F-21_CO_Lista y Protocolo de Reunión de Apertura y Cierre

kiwa

Versión 8 / 12.Sept.2025

Organización:	Secretaria Distrital de Habitat
Dirección:	Calle 52 # 13-64, Bogotá
Estándar(es):	ISO 45001: 2018
Fecha de Auditoria:	03, 06, 07 y 08 de Julio de 2026
Tipo de Auditoria:	☐ Pre-auditoria Certificación ☐ Etapa 1 ☒ Etapa 2 ☐ Seguimiento (/) Recertificación ☐ Etapa 1 ☐ Etapa 2 ☐ Otra / ¿Cuál? _____
Auditor Líder:	Lina Maria Cruz
Coauditor(es):	Enrique Roldan C.
Experto(s):	N/A
Observador(es):	N/A

Nota: El auditor debe solicitar al representante de la organización que invite a la reunión de clausura a la gerencia legalmente responsable de la seguridad y salud ocupacional, al personal responsable de monitorear la salud de los empleados y al representante (s) de los empleados con responsabilidad en seguridad y salud ocupacional.

La justificación en caso de ausencia deberá ser registrada:

Lista Asistencia de Auditoria

Función / Cargo	Nombre	Firma Reunión Apertura	Firma Reunión Cierre
Dirección/gerencia con Responsabilidad legal en materia de Salud y Seguridad en el Trabajo.	Claudia Gomez Marcel		
Representante (s) de los empleados con Responsabilidad en Salud y Seguridad en el Trabajo.	Blanca Cecilia Cortés C.		
Personal Responsable de Monitorear la Salud de los Empleados.	Jenny Parra Jacel		

Lista Asistencia de Auditoria

Nombre	Función / Cargo	Firma Reunión Apertura	Firma Reunión Cierre
Blanca Cecilia Cortés Cruz	Profesional Esp (Copass)		
MERCEDES MEDINA SANCHEZ	D. ADMINISTRATIVA		
Mauricio Liévano B.	Jefe Control Interno		
Claudia Gómez M.	Profesional Especializado TH		
Lucy Tibaduiza Avila	Contratista Enlace SST		
Luz Mila Castellanos M	Profesional Universitario		
Enrique Roldan	Auditor		
Oscar Nelson Cancino	Contratista Subsecretaria Corporativa		
Jenny Parra Jacel	Contratista TH.		

PROTOCOLO REUNIÓN DE APERTURA

Introducción del Equipo Auditor

- ☐ Presentar a los miembros del Equipo Auditor
- ☐ Su profesión, su rol, incluyendo a los expertos o a los auditores en entrenamiento y/o a los evaluadores de Organismos de Acreditación, si los hubiere.
- ☐ Circular Lista de Asistencia
- ☐ Agradecer al cliente por la selección de KIWA como su Organismo de Certificación, cuando aplique.

Confirmar los siguientes puntos:

- ☐ Objetivo de la Auditoría;
- ☐ Alcance de auditoría incluyendo revisión de las exclusiones aplicables;
- ☐ Criterio de auditoría;
- ☐ Confirmar el Plan de Auditoría (cambios o ajustes al mismo);
- ☐ Confirmar que, si aplica ISO 50001:2018, el plan de auditoría incluye la evaluación del desempeño energético, indicadores (IDE´s), línea base energética (LB), usos significativos (USE), cumplimiento legal energético y controles operacionales.
- ☐ Fecha y hora de la auditoría de la Revisión por la Dirección y de la Reunión de Cierre;
- ☐ Reuniones informativas entre equipo auditor y la organización;
- ☐ Confirmación de los canales de comunicación entre la organización y el equipo auditor;
- ☐ Informar que Líder del equipo auditor es (preferiblemente) enlace entre el equipo auditor y la organización.
- ☐ Confirmar que están disponibles los recursos, las instalaciones y la logística para la Auditoría;
- ☐ Confirmar la confidencialidad: Toda información evidenciada durante la Auditoría será tratada con estricta confidencialidad y no será revelada a un tercero sin el consentimiento del cliente, excepto a las autoridades de acreditación, según corresponda.
- ☐ Confirmar procedimientos de seguridad, emergencia y salud ocupacional;
- ☐ Confirmar la disponibilidad de los guías en la organización (uno por cada auditor);
- ☐ Confirmar los horarios de trabajo; los turnos dentro de la organización; los tiempos de descanso; el horario normal para el almuerzo y/o cena, según corresponda.
- ☐ Hacer ver al Cliente, que las entrevistas, sólo podrán llevarse a cabo, en áreas y horarios de trabajo normales y que por ninguna razón, se harán entrevistas en tiempo extra. Los descansos y salidas del trabajo reglamentarios serán respetados.
- ☐ Confirmar que el equipo auditor es el responsable de la auditoría y que debe, por ende, controlar la ejecución del plan de auditoría, incluidas las actividades y las líneas de investigación de la auditoría;
- ☐ Confirmar el número de empleados y compararlo frente al G.01.03_F-21_CO_Formulario de Solicitud de Servicios de Certificación (Iniciales-Recertificación) o G.01.04_F-21_CO_Variación en Tiempo de Auditoria (Seguimientos).

Nota: En caso de encontrar diferencias de personal verificado en sitio y el reportado en el G.01.03_F-21_CO_, por favor comunicarse inmediatamente con el área de operaciones de KIWA CQR

Mencionar método realización de la auditoría y de presentación de información:

- ☐ Para auditorías bajo ISO 50001:2018, se informará al cliente que la evaluación incluye: planificación energética documentada, controles operacionales energéticos, evidencias de cumplimiento legal y análisis de desempeño según ISO 50003.
- ☐ Muestreo aleatorio de evidencia objetiva a través de documentos, registros, entrevistas y observación de actividades en sitio.
- ☐ Decirle al Cliente que durante la auditoría a los procesos y al término de cada uno de ellos, el auditor retroalimentará al cliente sobre las fortalezas y/o las debilidades encontradas. Las debilidades o eventuales hallazgos no podrán ser categorizados hasta la reunión de cierre.
- ☐ Reuniones informativas diarias, si son necesarias o alguna de las partes las requieren, con el propósito de revisar el avance de la auditoría, el cumplimiento del plan de auditoría e informar sobre los hallazgos (no su categorización) hasta ese momento.

☐ Informar sobre las condiciones bajo las cuales la auditoría puede darse por terminada prematuramente (básicamente, 'ausencia de garantías para poder llevar a cabo la auditoría').

Confirmar los siguientes aspectos:

Explicar a la organización la Clasificación de las No Conformidades: Mayor y Menor. También las Observaciones y las Oportunidades de Mejora;

☐ Planes y plazos para la **No-Conformidad MAYOR**:
- ✓ Una o más NC Mayores, pospone la recomendación para la Certificación;
- ✓ Las NCM, requieren la verificación de las correcciones y de las acciones correctivas, en una auditoría complementaria que deberá llevarse a cabo en un plazo no mayor a 90 días calendario, contados a partir de la fecha de la reunión de cierre;
- ✓ La organización debe presentar los planes de acción correspondientes, con el análisis de causas y la propuesta de los planes de acción correctiva, en un plazo no mayor a 30 días calendario, para su revisión y aceptación por parte del auditor designado por KIWA
- ✓ De común acuerdo entre las partes, pero sin sobrepasar los 90 días calendario, se acordará la auditoría de seguimiento o complementaria, en la que se confirmará la eficacia del cierre de las NCM hecho por el SG de la organización cliente.
- ✓ Cuando se trata de una auditoría de certificación o recertificación, si después de seis (meses contados a partir de la fecha de la reunión de cierre, no se ha confirmado la eficacia de cierre de las NCM; se deberá realizar nuevamente la auditoría desde la etapa 1.
- ✓ Cuando se trata de una auditoría de seguimiento el plazo máximo para confirmar la eficacia de cierre de las NCM es de 90 días contados a partir de la fecha de la reunión de cierre. Vencido el plazo anterior, se procederá con la suspensión de la certificación.

☐ Planes y plazos para la **No-Conformidad Menor**:
- ✓ El SG de la organización, requiere enviar los planes de corrección, los análisis de causas raíz y la propuesta de acciones correctivas, en un plazo no mayor a 90 días calendario contados a partir de la fecha de la reunión de cierre;
- ✓ Que la verificación de la eficacia del cierre hecho por el SG, de las No-Conformidades Menores, sus correcciones y acciones correctivas, se llevará a cabo en la siguiente Auditoría de Seguimiento;
- ✓ Sin embargo, en el evento de haberse registrado un número igual o mayor a 7 NC Menores, se debe informar al cliente que será necesario llevar a cabo una auditoría complementaria durante los próximos SEIS (06) MESES, para verificar la eficacia de las correcciones y acciones correctivas incorporadas por la organización para el caso de auditorías de certificación o recertificación. Si después de seis (meses contados a partir de la fecha de la reunión de cierre no se ha confirmado la eficacia de cierre de las NCm; se deberá realizar nuevamente la auditoría desde la etapa 1. Cuando se trata de una auditoría de seguimiento el plazo máximo para confirmar la eficacia de cierre de las NCm es de 90 días contados a partir de la fecha de la reunión de cierre. Vencido el plazo anterior, se procederá con la suspensión de la certificación
- ✓ Informar al Cliente que al evidenciarse el cierre no-eficaz de una No-Conformidad Menor, ésta se escala a No-Conformidad Mayor y para ella(s) se aplica todo lo relacionado a las NCM.

☐ Oportunidades de Mejora y/u Observaciones: Son de tratamiento VOLUNTARIO.

☐ Confirmar el idioma que se utilizará durante la auditoría;

☐ Confirmar el estado de los hallazgos de la auditoría anterior, y la necesidad de verificar la eficacia de su cierre por el SG, cuando corresponda;

Motivar a la organización a hacer preguntas o comentarios sobre los temas tratados u otros de importancia relacionados.

-/-

PROTOCOLO REUNIÓN DE CIERRE

- ☐ Agradecer al cliente por el soporte y apertura mostrados durante el proceso de Auditoría.
- ☐ Circular Lista de Asistencia

Reconfirmación de los siguientes puntos:

Auditor(a): Se recomienda seguir en orden los siguientes puntos, estos se consideran la mejor práctica (sin embargo, se reconoce que los Auditores generalmente desarrollan y evolucionan en su propio estilo de comunicación de resultados). Una razón para hacerlo como se expone a continuación es que los Clientes generalmente están ansiosos por conocer el resultado y no se debe hacerlos esperar, sin importar que el resultado les sea favorable o no. Ahora.... hay veces que el orden de los factores no altera el producto. Su decisión.

Se esperaría que el cliente perciba el resultado final de la auditoría, sobre todo si se ha retroalimentado a todos los auditados con suficiencia al término de la auditoría en cada proceso y una reunión previa a la Reunión de Cierre con la Alta Dirección, se ha llevado a cabo. Obviamente la categorización de los hallazgos, sólo se podrá conocer después de la reunión final del Equipo Auditor, resultado que se comunicará en la Reunión de Cierre.

- ☐ Reconfirmar Objetivo de la Auditoría
- ☐ Reconfirmar Alcance de la Certificación
- ☐ Reconfirmar Criterio de la Auditoría
- ☐ En auditorías ISO 50001:2018, confirmar que se incluyó la evaluación de (IDE´s), línea base energética (LB), usos significativos (USE), cumplimiento de requisitos legales energéticos y planes de mejora del desempeño energético.
- ☐ **Informar la decisión de la auditoría** (recomendar o no; posponer, aplazar la decisión de,...)
- ☐ Explicar el porqué de la decisión y mencionar el número de las No-Conformidades, iniciando por mencionar las NC Mayores y después las NC Menores.
- ☐ Dar lectura a las No-Conformidades, iniciando por las Mayores (en orden de cláusulas) y luego las Menores (en orden, también... en lo posible).
- ☐ Explicar las NC, sobre todo, por qué son Mayores, pero sólo si les es requerido. Es probable que el auditorio ya entienda la severidad de los hallazgos y no es necesario repetir.

Informar los siguientes aspectos:

- ☐ Reconfirmar Muestreo aleatorio (tal como se explicó en la reunión de apertura);
- ☐ Método y plazo para que el Auditor Líder/Líder del Equipo Auditor, presente el informe;
- ☐ Proceso para el tratamiento de las No-Conformidades (NC), incluida cualquier consecuencia relativa al estado de la certificación del cliente;
- ☐ Planes y plazos para la **No-Conformidad MAYOR**:
  - ✓ Una o más NC Mayores, pospone la recomendación para la Certificación;
  - ✓ Las NCM, requieren la verificación de las correcciones y de las acciones correctivas, en una auditoría complementaria que deberá llevarse a cabo en un plazo no mayor a 90 días calendario, contados a partir de la fecha de la reunión de cierre;
  - ✓ La organización debe presentar los planes de acción correspondientes, con el análisis de causas y la propuesta de los planes de acción correctiva, en un plazo no mayor a 30 días calendario, para su revisión y aceptación por parte del auditor designado por KIWA.
  - ✓ De común acuerdo entre las partes, pero sin sobrepasar los 90 días calendario, se acordará la auditoría de seguimiento o complementaria, en la que se confirmará la eficacia del cierre de las NCM hecho por el SG de la organización cliente.
- ☐ Planes y plazos para la **No-Conformidad Menor**:
  - ✓ El SG de la organización, requiere enviar los planes de corrección, los análisis de causas raíz y la propuesta de acciones correctivas, en un plazo no mayor a 90 días calendario contados a partir de la fecha de la reunión de cierre;
  - ✓ Que la verificación de la eficacia del cierre hecho por el SG, de las No-Conformidades Menores, sus correcciones y acciones correctivas, se llevará a cabo en la siguiente Auditoría de Seguimiento;
  - ✓ Sin embargo, en el evento de haberse registrado un número igual o mayor a 7 NC Menores, se debe informar al cliente que será necesario llevar a cabo una auditoría complementaria durante los próximos SEIS (06) MESES, para verificar la eficacia de las correcciones y acciones correctivas incorporadas por la organización.

- ✓ Informar al Cliente que al evidenciarse el cierre no-eficaz de una No-Conformidad Menor, ésta se escala a No-Conformidad Mayor y para ella(s) se aplica todo lo relacionado a las NCM.

☐ Oportunidades de Mejora y/u Observaciones: Son de tratamiento VOLUNTARIO.

Informar a la organización sobre el proceso posterior a la Auditoría:
Si el tiempo y/o las condiciones lo permiten, el Auditor Líder/Líder del Equipo Auditor, debería informar sobre:

- ✓ Preparación de Informe y del Paquete de Auditoría;
- ✓ Revisión Técnica del Paquete de Auditoría
- ✓ Emisión del Certificado
- ✓ Según corresponda: Uso de la Marca (Sello) de la Certificación.

Apelaciones y Quejas
Apelación: Objeción a alguna de las decisiones o resoluciones hechas por el equipo auditor.
Queja: Insatisfacción frente al proceso de auditoría.

☐ Informar que en el evento en el que la Organización no esté de acuerdo con alguna de las no-conformidades expuestas, ya fuere por redacción y/o por contenido, está en su derecho de apelar la decisión del Equipo Auditor. Esta apelación, deberá hacerla formalmente y por escrito, vía e-mail o por un comunicado/oficio formal.

☐ Informar que el recurso de apelación, es completamente normal y que corresponde al debido proceso de certificación o de auditoría regular (seguimientos).

☐ Informar a la Organización, que en la página web www.kiwa.com, puede consultar el procedimiento de Apelaciones & Quejas, al que tiene acceso libremente.

Auditor(a): *En el caso en el que al término de la Reunión de Cierre, llegaren a presentarse temas, aún sin resolver, se deberán registrar los mismos en el Reporte de Auditoría e informar a KIWA, área de Operaciones de Certificación de SG, tan pronto como sea posible.*

4325 Notificación de Auditoría

Versión 16/15.Ago.2024

Organización:	SECRETARIA DISTRITAL DEL HABITAT

Estimados Señores,

Por favor considere que para la realización de su correspondiente auditoría, KIWA CQR ha designado al siguiente equipo auditor considerando las siguientes fechas:

EQUIPO AUDITOR PROPUESTO

Nombre	Rol	Códigos y normas	No. de días
Etapa 1			
MARIBEL CARDENAS YAÑEZ maribelcar@gmail.com 304 3548526	Auditor Líder	**Norma ISO 45001:2018** IAF/NACE 36-84.11	0.3400
Liliana Claro liliclaro@hotmail.com 3188164391	Auditor	**Norma ISO 45001:2018** IAF/NACE 36-84.11	0.3300
Lina Maria Cruz linacruzsgi@gmail.com,linamaria0406@hotmail.com 3017183270	Auditor	**Norma ISO 45001:2018** IAF/NACE 36-84.11	0.3300
Etapa 2			
Lina Maria Cruz linacruzsgi@gmail.com,linamaria0406@hotmail.com 3017183270	Auditor líder	**Norma ISO 45001:2018** IAF/NACE 36-84.11	4.000
Enrique Roldan eroldan7@hotmail.com 3138526094	Auditor	**Norma ISO 45001:2018** IAF/NACE 36-84.11	3.000

INFORMACIÓN DEL PROCESO DE AUDITORÍA

Certificado No: N/A

Tipo de Auditoría: Certificación inicial

Fechas de Auditoría: Etapa 1: Desde 2025/12/26 hasta 2025/12/26 (1.000 días de auditoría)
Etapa 2: Desde 2026/07/03 hasta 2026/07/08 (7.000 días de auditoría)

Lugar donde se llevará a cabo la Etapa 1: 1 MD Sede Principal

Lugar donde se llevará a cabo la Etapa 2 o el Seguimiento: 4 MD Sede Principal. 3 MD Prestación del Servicio

Dirección donde se llevará a cabo la auditoría: Calle 52 No. 13-64, Bogotá D.C., COLOMBIA.

Acreditaciones: ONAC

Normativas: ISO 45001:2018,

Agradeceríamos que por favor confirme la información antes descrita, así como la aceptación del equipo auditor propuesto, firmando y reenviando este formato a nuestras oficinas.

Aceptación de las fechas de Auditoría y Equipo Auditor: [X] Sí [ ] No

En caso de no aceptación de las fechas o el equipo auditor antes propuesto, mucho agradeceríamos nos proporcione detalles de su respuesta.

Identificación de algún Conflicto de Interés, sobre el Equipo Auditor propuesto: ☐ Sí ☒ No

En caso que usted perciba algún Conflicto de Interés, con el equipo auditor propuesto, agradeceríamos nos compartiera sus comentarios:

Aceptación de Auditoría Back to Back *(Aplica solo Cert. Inicial o Recertificación)*: ☐ Sí ☐ No

NOTA IMPORTANTE: Si la Auditoría Etapa 1 y Etapa 2 continúan sin lapso de tiempo entre ellas,podría tener posibles consecuencias y riesgos para la Certificación del Sistema de Gestión, en el caso que los hallazgosidentificados en la Etapa 1 de auditoría demuestran grandes deficiencias en el Sistema de Gestión.

Nombre y Firma
Representante de la Organización

01-07-2026
Fecha

Nota: Las amenazas a la imparcialidad incluyen intereses personales, que surgen cuando una persona o un organismo actúa en su propio interés; mantener intereses financieros personales en una organización; la auto revisión, producto de una revisión hecha por un organismo sobre el trabajo propio que este realizó. Cuando un miembro del equipo auditor ha proporcionado servicios de consultoría a la organización, en los últimos 2 años; la familiaridad que se presenta cuando una persona o un organismo tiene una relación de excesiva familiaridad o confianza; la intimidación que pudiera presentarse cuando una persona o un organismo tiene la percepción de sufrir coacción abierta o encubiertamente, por ejemplo, la amenaza de ser reemplazado, o ser denunciado.

G.07.06_F-21_CO_Solicitud de Corrección y Acción Correctiva

Versión 5 / 12.Sept.2025

Nombre de la Organización auditada:	**SECRETARIA DISTRITAL DEL HABITAT**		
Fecha de Auditoría:	**03 AL 08 JULIO DE 2026**	**NC**	# 1 de 6
Norma(s) afectada(s):	**Elemento / Requisito**	**Equipo Auditor / Auditor Líder**	
ISO 45001:2018	**7.5.3**	**LINA MARIA CRUZ PÉREZ**	
		ENRIQUE ROLDAN	

Proceso / Procedimiento / Documento de referencia:

CONTROL DE DOCUMENTOS

1. Descripción de la No Conformidad

1.1 Declaración de la No Conformidad (afirmación clara del incumplimiento del requisito específico contenido en el criterio de auditoría) *

La organización no asegura el control de la información documentada requerida por el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, de manera que se garantice que esta se encuentre disponible, identificada, actualizada y controlada para su uso, incumpliendo el requisito del numeral 7.5.3 de la ISO 45001:2018

1.2 Evidencia Objetiva de la No Conformidad (evidencia de auditoría encontrada para sustentar la decisión de declarar la no conformidad) **

Durante la auditoría se evidenció que:

- No se dispone de las Tablas de Retención Documental del proceso de Seguridad y Salud en el Trabajo vigentes y que incorporen los lineamientos correspondientes a la versión 03, últimas tablas de retención publicadas son del 2015 y no se dispone la totalidad de los documentos del SG-SST.
- El documento **Manual del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo**, código **PS01-MM-36**, versión **03**, con fecha de última actualización **15 de abril de 2026**, no se encuentra registrado en el Listado Maestro de Documentos.
- La **Matriz de Riesgos de Seguridad y Salud en el Trabajo**, utilizada por el proceso, no se encuentra identificada ni registrada en el Listado Maestro de Documentos, por lo que no se asegura el control de su versión vigente ni de los cambios realizados, conforme a lo establecido en el procedimiento **"Elaboración y Control de Documentos del SIG"**, código **PG03-PR-05**, **Versión 12**, con fecha **31 de diciembre de 2025**, el cual establece que los documentos del Sistema Integrado de Gestión deben estar identificados, controlados e incorporados en el Listado Maestro de Documentos.

Auditor Líder / Auditor	**LINA MARIA CRUZ PÉREZ**	**Representante de la Organización / Acuse de recibo**	

Clasificación de la No Conformidad:	☒ **NC MENOR** **Plan de Acción: 90 días calendario**	☐ **NC MAYOR** **Plan de Acción: 30 días calendario**

	Tiempo máximo para verificación eficacia del cierre: próximo seguimiento.	**Tiempo máximo para verificación eficacia del cierre: 90 días calendario.**

2. Corrección de la No Conformidad *(debe resolver la Declaración de la No Conformidad)**

1. Actualizar las Tablas de Retención Documental del proceso de Seguridad y Salud en el Trabajo, incorporando la totalidad de los documentos del SG-SST y los lineamientos correspondientes a la versión 03.

2. Actualizar el Listado Maestro de Documentos, incorporando el Manual del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, versión 03, con su código.

3. identificar y registrar la Matriz de Riesgos de Seguridad y Salud en el Trabajo en el Listado Maestro de Documentos del Sistema Integrado de Gestión, incluyendo la información correspondiente a su identificación, versión vigente y fecha de actualización.

Satisfactoria		Anexos		Observaciones de la revisión por el auditor	Fecha / Auditor
Si	No	Si	No		
X				Aprobada la corrección para implementar se verifica ejecución de las tres actividades en la próxima auditoria de seguimiento 1.	28/09/2026 Lina Cruz

3. Verificación implementación corrección por el auditor

Satisfactoria		Anexos		Verificación por el auditor	Fecha / Auditor
Si	No	Si	No		

4. Análisis de causa raíz

1. Insuficiencia en los mecanismos de seguimiento, verificación y continuidad para asegurar la aplicación operativa de la TRD en los expedientes del SG-SST. Aunque Gestión Documental realizó capacitaciones y existen correos de revisión y aprobación de las proyecciones de TRD por las oficinas productoras, incluida Talento Humano, no se consolidó una verificación periódica y trazable de la conformación efectiva de los expedientes, la vigencia de las tipologías documentales y sus soportes reales. El proceso de actualización pasó por varios profesionales y periodos de estructura organizacional, sin un instrumento transitorio consolidado que relacionara los documentos vigentes del SG-SST con la TRD de 2015 y las propuestas posteriores.

2. Durante la actualización del Manual del SG-SST no se ejecutó una verificación para confirmar su incorporación en el Listado Maestro de Documentos. El procedimiento de control documental no contemplaba un punto de control que asegurara que toda actualización documental quedara registrada antes de su publicación, generando la omisión del documento en el listado maestro.

3. Ausencia de un mecanismo de verificación sistemática que permita identificar y determinar el tratamiento documental de los documentos diligenciados y vigentes del SG-SST, así como asegurar su incorporación y actualización en el Listado Maestro de Documentos, en articulación con el responsable del control documental del SIG.

Satisfactoria		Observaciones de la revisión por el auditor	Fecha / Auditor
Si	No		
X		Adecuado análisis de causas	28/09/2026 Lina Cruz

4. Acción Correctiva *(orientada a atender la causa raíz)*
1. Elaborar conjuntamente con Talento Humano-SST un inventario o matriz de correspondencia de los documentos vigentes del SG-SST, identificando serie, subserie, tipología, código, versión, soporte real, responsable, ubicación, expediente y correspondencia con la TRD de 2016 propuesta, por medio de un Inventario o matriz de correspondencia de los documentos vigentes del SG-SST.
2. Realizar una revisión anual integral del listado maestro para verificar que el 100 % de la documentación vigente del SG-SST se encuentre identificada, registrada y controlada., generando Informe o acta de la revisión anual del Listado Maestro de Documentos, que incluya los resultados de la verificación realizada, las novedades identificadas y, cuando aplique, las actualizaciones efectuadas.
3. Fortalecer el mecanismo de control documental del SG-SST mediante la definición e implementación de criterios para la identificación, clasificación, control y actualización de los documentos vigentes generados por el proceso, incluyendo la verificación periódica de su incorporación en el Listado Maestro de Documentos y la articulación con el responsable del control documental del SIG, generando un documento de criterios para el control documental del SG-SST, implementado y socializado con los responsables del proceso, con evidencia de la verificación periódica de su aplicación.

Satisfactoria		Anexos		Observaciones de la revisión por el auditor	Fecha / Auditor
Si	No	Si	No		
x				Adecuado plan de acción de acción correctiva	28/09/2026 Lina Cruz

5. Verificación por el auditor de implementación acción correctiva y eficacia					
Satisfactoria		Anexos		Verificación por el auditor	Fecha / Auditor
Si	No	Si	No		

ANEXO GUÍA PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO:

1. En la revisión y aceptación de los planes del cliente para correcciones y acciones correctivas por haberse presentado No Conformidades menores, diligenciar todos los campos del apartado *Observaciones de la revisión por el auditor,* registrando adicionalmente que la verificación de la implementación y eficacia del cierre de los planes de corrección y acción correctiva por la Organización auditada se hará en la siguiente visita formal de seguimiento.
2. Cuando se realice la confirmación de la eficacia en el cierre de los planes de acción correctiva por parte de los sistemas de gestión de la organización auditada por haberse presentado No conformidades mayores o por haberse

encontrado un número de no-conformidades menores, mayor o igual a siete (07), diligenciar adicionalmente todos los campos del apartado V*erificación por el auditor.*

3. La organización debe utilizar este formato para registrar el plan de correcciones y acciones correctivas.
4. Redacción de NC – Ejemplo:
5. **Ejemplo registro de la No Conformidad: “La Organización no conserva información documentada apropiada como evidencia de la competencia.

- **Ejemplo evidencia objetiva de la No Conformidad: “Durante la Revisión de Documentos en el Proceso de Talento humano no fue posible evidenciar los soportes de educación, formación o experiencia de 3 de 5 personas analizadas en la muestra (jefe de producción, inspector de calidad y jefe de diseño)”.
- Elemento/Requisito: 7.2.d de la norma ISO 9001:2015; Manual de Perfiles V3.

Nombre de la Organización auditada:	**SECRETARIA DISTRITAL DEL HABITAT**		
Fecha de Auditoría:	**03 AL 08 JULIO DE 2026**	**NC**	# 2 de 6
Norma(s) afectada(s):	**Elemento / Requisito**	**Equipo Auditor / Auditor Líder**	
ISO 45001:2018	**10.2**	**LINA MARIA CRUZ PÉREZ**	
		ENRIQUE ROLDAN	

Proceso / Procedimiento / Documento de referencia:

ACCIONES CORRECTIVAS

6. Descripción de la No Conformidad

a. Declaración de la No Conformidad (afirmación clara del incumplimiento del requisito específico contenido en el criterio de auditoría) *

La organización no conserva información documentada que evidencie la naturaleza de los hallazgos identificadas, las acciones tomadas posteriormente, ni los resultados de las acciones correctivas implementadas, incluyendo la verificación de su eficacia, incumpliendo lo establecido en el numeral 10.2 de la ISO 45001:2018.

b. Evidencia Objetiva de la No Conformidad (evidencia de auditoría encontrada para sustentar la decisión de declarar la no conformidad) **

Protocolo de Inspecciones:

Al verificar el **Protocolo de Inspecciones de Seguridad y Salud en el Trabajo**, código **PS01-PT-25**, versión **02**, con fecha de actualización **20 de mayo de 2026**, se evidenció que no se dispone de planes de acción derivados de las inspecciones realizadas, pese a que el procedimiento establece su formulación y que el seguimiento a los controles será responsabilidad de la dependencia donde se identifique el acto o condición subestándar, con el acompañamiento del COPASST y del área de Seguridad y Salud en el Trabajo.

- En la inspección locativa realizada el **30 de marzo de 2026** por la ARL Positiva al área de servicio al cliente, se identificaron hallazgos sin embargo, no se evidenció la socialización al área inspeccionada para la definición e implementación de los correctivos correspondientes.

- No se evidenció seguimiento que permita demostrar el cierre de los hallazgos derivados de una inspección realizada ni en vigencia 2025 ni en vigencia 2026

Mediciones Higiene Ocupacionales

- En el informe de medición de índices de intensidad lumínica elaborado por la ARL Positiva en **abril de 2025**, se identificaron resultados no conformes en los puestos de trabajo **Puesto**

Flotante 1, **Rosa Coral** y **Alexander Cortés**, no obstante, no se evidenció la implementación, seguimiento o verificación de acciones correctivas para atender los hallazgos identificados.

Auditoria Interna

- Se revisó el Informe de Auditoría de Control Interno al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, radicado 3-2025-9042, de fecha 15 de septiembre de 2025, en el cual se identificaron, entre otros, los hallazgos relacionados con la necesidad de realizar un diagnóstico de las instalaciones eléctricas conforme al RETIE y la ausencia de mapas y rutas de evacuación para el 100 % de los pisos de la entidad. Se verificaron la Acción de Mejora No. 186, de fecha 20 de septiembre de 2025, y la Acción de Mejora No. 197, evidenciándose que las acciones formuladas consisten en solicitar la realización del diagnóstico de las instalaciones eléctricas y solicitar la elaboración de los planos de la entidad; no obstante, dichas acciones no se encuentran soportadas en un análisis de causas que permita identificar la causa raíz que originó los hallazgos. En consecuencia, no se evidencia que las acciones definidas estén orientadas a eliminar la causa de la no conformidad y prevenir su recurrencia, por lo que no es posible demostrar que correspondan a acciones correctivas eficaces.

Análisis de vulnerabilidad –Emergencias

- Se evidencia que la organización cuenta con análisis de vulnerabilidad donde se identifica que la sede principal de la Secretaria (edificio de 15 pisos) presenta diferentes desviaciones en el cumplimiento de los criterios de acuerdo con lo establecido en Reglamento Colombiano de Construcción Sismo Resistente (NSR-10), adoptado mediante el Decreto 926 de 2010, sin que a la fecha se cuente con plan de acción o determinación para la gestión de las mismas. (escaleras de emergencia, señalización, materiales de descansos, puertas de emergencia)

Auditor Líder / Auditor	**LINA MARIA CRUZ PÉREZ**	**Representante de la Organización / Acuse de recibo**	

Clasificación de la No Conformidad:	☒ **NC MENOR** **Plan de Acción: 90 días calendario** **Tiempo máximo para verificación eficacia del cierre: próximo seguimiento.**	☐ **NC MAYOR** **Plan de Acción: 30 días calendario** **Tiempo máximo para verificación eficacia del cierre: 90 días calendario.**

7. Corrección de la No Conformidad *(debe resolver la Declaración de la No Conformidad)**

1. Elaborar los planes de acción correspondientes a los hallazgos identificados en las inspecciones de Seguridad y Salud en el Trabajo, incluyendo los hallazgos derivados de la inspección locativa realizada el 30 de marzo de 2026 por la ARL Positiva al área de Servicio al Cliente. Asimismo, y realizar la socialización de los hallazgos con las áreas responsables y estableciendo en el plan los responsables, actividades y fechas de ejecución para su tratamiento y seguimiento.
2. Establecer acciones correspondientes para atender los resultados no conformes identificados en la medición de índices de intensidad lumínica realizada por la ARL Positiva en abril de 2025, específicamente para los puestos de trabajo Puesto Flotante 1, Rosa Coral y Alexander Cortés, dejando documentadas las acciones, responsables y fechas de ejecución para su seguimiento y cierre.

3. Establecer y documentar las acciones correspondientes para atender los hallazgos identificados en el Informe de Auditoría de Control Interno al SG-SST, radicado 3-2025-9042, y las desviaciones identificadas en el análisis de vulnerabilidad de la sede principal, incluyendo la definición de responsables, actividades y fechas de ejecución para su tratamiento y seguimiento.

. . .

Satisfactoria		Anexos		Observaciones de la revisión por el auditor	Fecha / Auditor
Si	No	Si	No		
X				Aprobada la corrección para implementar se verifica ejecución de las tres actividades en la próxima auditoria de seguimiento 1.	28/09/2026 Lina

8. Verificación implementación corrección por el auditor

Satisfactoria		Anexos		Verificación por el auditor	Fecha / Auditor
Si	No	Si	No		

9. Análisis de causa raíz

1. El proceso no contaba con un mecanismo estandarizado que garantizara el seguimiento integral a las recomendaciones derivadas de inspecciones y mediciones higiénicas, desde su identificación hasta la verificación de la eficacia de las acciones implementadas.

2. Debilidad para la gestión de no conformidades y acciones correctivas, evidenciada en la ausencia de una metodología obligatoria para análisis de causas, definición de acciones correctivas y verificación de eficacia, lo que impide asegurar la eliminación de las causas de los hallazgos y la conservación de los registros requeridos

3. Aunque el proceso realizó el análisis de vulnerabilidad, no se contaba con un mecanismo que asegurara que las recomendaciones identificadas fueran evaluados, priorizados y traducidos oportunamente en planes de acción con seguimiento hasta su cierre. Esto ocasionó que las desviaciones permanecieran documentadas sin una gestión formal para su tratamiento.

Satisfactoria		Observaciones de la revisión por el auditor	Fecha / Auditor
Si	No		
X		Adecuado análisis de causas	28/09/2026 Lina Cruz

4. Acción Correctiva *(orientada a atender la causa raíz)*

1.Incluir en el Protocolo de Inspecciones el mecanismo único de gestión y seguimiento de recomendaciones del SG-SST, que permita registrar la identificación de la recomendación, análisis, plan de acción, responsables, fechas de cumplimiento, seguimiento periódico y verificación de la eficacia.Una vez implementado el mecanismo, aplicar a las recomendaciones derivadas de las inspecciones de Seguridad y Salud en el Trabajo y demás actividades de seguimiento que correspondan, realizando el seguimiento a las acciones definidas hasta su cierre. **Producto:** Protocolo de Inspecciones actualizado y registros del mecanismo implementado, incluyendo planes de acción, responsables, fechas de cumplimiento, seguimientos y cierres de las recomendaciones gestionadas.
2. Actualizar el Procedimiento de Planes de Mejoramiento PE01-PR08 para integrar la metodología de análisis de causa raíz definida en la Guía PE01-GU01, asegurando que los hallazgos, no conformidades e incumplimientos sean gestionados mediante acciones orientadas a eliminar sus causas y prevenir su recurrencia. De igual manera incorporar la realización de una evaluación de la efectividad de las acciones formuladas de acuerdo con las capacidades institucionales. Una vez actualizado el procedimiento, realizar la socialización a los responsables de la gestión de hallazgos y planes de mejoramiento, y verificar su aplicación mediante la revisión de una muestra de acciones formuladas posteriormente, comprobando la existencia del análisis de causa, las acciones definidas y la evaluación de su efectividad. **Producto:** Procedimiento PE01-PR08 actualizado y socializado, registros de socialización y matriz o informe de verificación de la aplicación de la metodología y evaluación de efectividad.
3. Establecer revisiones periódicas de las acciones derivadas de inspecciones de Seguridad y Salud en el Trabajo, mediciones higiénicas ocupacionales y demás actividades de seguimiento del SG-SST, verificando su avance, cumplimiento, cierre y, cuando corresponda, la eficacia de las acciones implementadas. La verificación se realizará mediante la revisión de los registros de seguimiento y, cuando aplique, mediante verificación en campo de las condiciones intervenidas. **Producto:** Informes o registros de seguimiento periódico que evidencien el estado de las acciones, los soportes de cierre, las verificaciones realizadas y los resultados de la evaluación de eficacia cuando corresponda.

Satisfactoria		Anexos		Observaciones de la revisión por el auditor	Fecha / Auditor
Si	No	Si	No		
x				Adecuado plan de acción de acción correctiva	28/09/2026 Lina Cruz

1. Verificación por el auditor de implementación acción correctiva y eficacia

Satisfactoria		Anexos		Verificación por el auditor	Fecha / Auditor
Si	No	Si	No		

ANEXO GUÍA PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO:

6. En la revisión y aceptación de los planes del cliente para correcciones y acciones correctivas por haberse presentado No Conformidades menores, diligenciar todos los campos del apartado *Observaciones de la revisión por el auditor,* registrando adicionalmente que la verificación de la implementación y eficacia del cierre de los planes de corrección y acción correctiva por la Organización auditada se hará en la siguiente visita formal de seguimiento.
7. Cuando se realice la confirmación de la eficacia en el cierre de los planes de acción correctiva por parte de los sistemas de gestión de la organización auditada por haberse presentado No conformidades mayores o por haberse encontrado un número de no-conformidades menores, mayor o igual a siete (07), diligenciar adicionalmente todos los campos del apartado V*erificación por el auditor.*

8. La organización debe utilizar este formato para registrar el plan de correcciones y acciones correctivas.
9. Redacción de NC – Ejemplo:
10. **Ejemplo registro de la No Conformidad: “La Organización no conserva información documentada apropiada como evidencia de la competencia.

- **Ejemplo evidencia objetiva de la No Conformidad: “Durante la Revisión de Documentos en el Proceso de Talento humano no fue posible evidenciar los soportes de educación, formación o experiencia de 3 de 5 personas analizadas en la muestra (jefe de producción, inspector de calidad y jefe de diseño)”.
- Elemento/Requisito: 7.2.d de la norma ISO 9001:2015; Manual de Perfiles V3.

Nombre de la Organización auditada:	SECRETARIA DISTRITAL DEL HABITAT		
Fecha de Auditoría:	03 AL 08 JULIO DE 2026	NC	# 3 de 6
Norma(s) afectada(s):	Elemento / Requisito	Equipo Auditor / Auditor Líder	
ISO 45001: 2018	6.1.2.1	LINA MARIA CRUZ PÉREZ	
		ENRIQUE ROLDAN	

Proceso / Procedimiento / Documento de referencia:

Matriz de Identificación de Peligros y Riesgos Laborales, Junio De 2026.
Procedimiento de identificación de riesgos y elaboración de matriz de peligros PS 01 PR 15

2. Descripción de la No Conformidad

a. Declaración de la No Conformidad (afirmación clara del incumplimiento del requisito específico contenido en el criterio de auditoría) *

No se evidencia que la organización establezca, implemente y mantenga los procesos de identificación continua y proactiva de riesgos y peligros incumpliendo el numeral 6.1.2.1

b. Evidencia Objetiva de la No Conformidad (evidencia de auditoría encontrada para sustentar la decisión de declarar la no conformidad) **

En la Matriz de Identificación de Peligros y Riesgos Laborales de Junio de 2026 se evidencio:

- Se identifican como emergencias condiciones normales de operación y no se identifican o evalúan situaciones reales de Emergencia según análisis de Vulnerabilidad (Robos).
- Se identifican evalúan y establecen controles de manera conjunta en las áreas fusionando actividades administrativas y operativas, lo que no permite evaluación objetiva y coherencia entre controles como es el caso en el proceso de **Relacionamiento con la Ciudadanía**, se evidenció que la matriz de riesgos agrupa las actividades por proceso de manera general, sin identificar las tareas específicas que se ejecutan, lo que limita una adecuada identificación de peligros y valoración de los riesgos
- No se evidencia que hayan definido controles para actividades como intoxicación alimentaria, insolación, deshidratación.
- No se evidencia que se realice identificación en campo de riesgos y peligros o controles específicos de acuerdo al avance de obra, zonas que se visitan o rutas que se acceden.
- En matriz de riesgos y peligros de interventoría para el proyecto parque Guacamayas no se identifican de manera completa y suficiente, riesgos operativos y sus controles del residente HSE-RS y Residente técnico.
- Al verificar la matriz de identificación de peligros, evaluación y valoración de riesgos, no se evidenció la identificación de los peligros y riesgos asociados a las actividades de mantenimiento de ascensores ejecutadas por personal contratista.
- No se evidenció la identificación de los peligros y riesgos asociados a las actividades de aseo y limpieza desarrolladas por un tercero que presta sus servicios a la entidad.

- Para el riesgo público, la matriz consolida las actividades de varios procesos bajo una misma valoración, sin considerar las particularidades de cada uno ni los peligros específicos asociados a las tareas desarrolladas.
- Como medida de control se registra de manera general el Plan de Emergencias; sin embargo, no se evidencian controles específicos acordes con la naturaleza de los riesgos identificados para cada actividad o tarea.

Auditor Líder / Auditor	LINA MARIA CRUZ PÉREZ	Representante de la Organización / Acuse de recibo	

Clasificación de la No Conformidad:	☒ NC MENOR	☐ NC MAYOR
	Plan de Acción: 90 días calendario Tiempo máximo para verificación eficacia del cierre: próximo seguimiento.	Plan de Acción: 30 días calendario Tiempo máximo para verificación eficacia del cierre: 90 días calendario.

3. Corrección de la No Conformidad *(debe resolver la Declaración de la No Conformidad)* *

Realizar la revisión y actualización de la Matriz de Identificación de Peligros, Evaluación y Valoración de Riesgos Laborales, correspondiente a junio de 2026, atendiendo las situaciones evidenciadas durante la auditoría, incluyendo:

- Revisar la identificación y clasificación de las situaciones de emergencia, diferenciando las condiciones normales de operación de las situaciones reales de emergencia identificadas en el análisis de vulnerabilidad, incluyendo el riesgo de robo.
- Desagregar las actividades administrativas y operativas que actualmente se encuentran agrupadas, identificando las tareas específicas desarrolladas en cada proceso, particularmente en el proceso de Relacionamiento con la Ciudadanía, con el fin de realizar la identificación de peligros, valoración de riesgos y definición de controles de manera diferenciada.
- Incorporar la identificación y valoración de los peligros y riesgos asociados a situaciones como insolación y deshidratación, definiendo los controles correspondientes.
- Realizar la identificación de peligros y riesgos en campo para las actividades que impliquen avance de obra, visitas a diferentes zonas y desplazamientos por rutas, considerando las condiciones particulares de los lugares y actividades desarrolladas.
- Incorporar los peligros y riesgos asociados a las actividades de mantenimiento de ascensores ejecutadas por personal contratista.
- Incorporar los peligros y riesgos asociados a las actividades de aseo y limpieza desarrolladas por el tercero que presta sus servicios a la entidad.
- Revisar la valoración del riesgo público, diferenciando las actividades y particularidades de los procesos y tareas, de manera que los peligros y controles correspondan a las condiciones específicas de cada actividad.
- Revisar y complementar los controles definidos para los peligros identificados, evitando que el Plan de Emergencias sea registrado como único control general cuando se requieran controles específicos asociados a la naturaleza de cada actividad o tarea.

Satisfactoria		Anexos		Observaciones de la revisión por el auditor	Fecha / Auditor
Si	No	Si	No		

4. Verificación implementación corrección por el auditor

Satisfactoria		Anexos		Verificación por el auditor	Fecha / Auditor
Si	No	Si	No		
X				Aprobada la corrección para implementar se verifica ejecución de la actividad en la próxima auditoria de seguimiento 1.	28/09/2026 Lina

5. Análisis de causa raíz

1. Debilidad en la aplicación sistemática de la metodología para la identificación de peligros, evaluación y valoración de riesgos, debido a que no se cuenta con mecanismos suficientemente establecidos para asegurar la identificación diferenciada y dinámica de peligros y controles de acuerdo con las actividades y tareas específicas, condiciones reales de operación, trabajo en campo, cambios y avance de obras, actividades desarrolladas por contratistas y escenarios de emergencia.

Satisfactoria		Observaciones de la revisión por el auditor	Fecha / Auditor
Si	No		
X		Adecuado análisis de causas	28/09/2026 Lina Cruz

2. Acción Correctiva *(orientada a atender la causa raíz)*

1. Fortalecer la metodología y los mecanismos de gestión para la identificación de peligros, evaluación y valoración de riesgos laborales, mediante la actualización e implementación de los criterios para la identificación diferenciada por proceso, actividad y tarea, considerando las condiciones normales y no rutinarias de operación, situaciones potenciales de emergencia, actividades en campo, cambios y avance de obras, desplazamientos y rutas, así como las actividades desarrolladas por contratistas y terceros.

Para verificar la implementación de la metodología, se realizará la actualización de la Matriz de Identificación de Peligros, Evaluación y Valoración de Riesgos Laborales y se aplicarán los criterios definidos en una muestra de procesos, actividades, tareas y escenarios de campo, incluyendo actividades desarrolladas por contratistas y terceros.

Asimismo, se realizará una verificación periódica de la aplicación de los criterios establecidos, mediante la revisión documental y, cuando corresponda, verificación en campo, dejando registro de los resultados y de las oportunidades de ajuste identificadas.

Productos / evidencias:

- Metodología o documento actualizado con los criterios para la identificación diferenciada de peligros y valoración de riesgos.
- Matriz de Identificación de Peligros, Evaluación y Valoración de Riesgos Laborales actualizada.
- Registros de identificación y verificación en campo, cuando aplique.
- Registros de revisión de las actividades desarrolladas por contratistas y terceros.
- Informe o registro de verificación de la aplicación de la metodología y de los resultados obtenidos

2.

3.

Satisfactoria		Anexos		Observaciones de la revisión por el auditor	Fecha / Auditor
Si	No	Si	No		
x				Adecuado plan de acción de acción correctiva	28/09/2026 Lina Cruz

3. Verificación por el auditor de implementación acción correctiva y eficacia

Satisfactoria		Anexos		Verificación por el auditor	Fecha / Auditor
Si	No	Si	No		

Nombre de la Organización auditada:	**SECRETARIA DISTRITAL DEL HABITAT**		
Fecha de Auditoría:	**03 AL 08 JULIO DE 2026**	**NC**	# 4 de 6
Norma(s) afectada(s):	**Elemento / Requisito**	**Equipo Auditor / Auditor Líder**	
ISO 45001: 2018	**8.2 a,d**	**LINA MARIA CRUZ PÉREZ**	
		ENRIQUE ROLDAN	
Proceso / Procedimiento / Documento de referencia:			
Plan de emergencias y contingencias			

1. Descripción de la No Conformidad

1.1 Declaración de la No Conformidad (afirmación clara del incumplimiento del requisito específico contenido en el criterio de auditoría) *

La organización no se asegura de establecer, implementar y mantener los procesos necesarios acerca de cómo prepararse y responder a situaciones potenciales de emergencia incumpliendo el numeral 8.2. a,d de la norma ISO 45001:2018

1.2 Evidencia Objetiva de la No Conformidad (evidencia de auditoría encontrada para sustentar la decisión de declarar la no conformidad) **

- Se pudo evidenciar que la organización cuenta con Plan de emergencias de mayo de 2026, pero en él no se contempla Plan Operativo Normalizado para los escenarios de atrapamiento en ascensores.
- No cuentan con informe de simulacro de evacuación realizado en el mes de octubre de 2025.
- En verificación en campo del 07 de julio se evidencia que contratistas no cuentan con número telefónico de emergencia o certeza en la cadena de llamada o comunicación ante un accidente.

Auditor Líder / Auditor	**LINA MARIA CRUZ PÉREZ**	**Representante de la Organización / Acuse de recibo**	

Clasificación de la No Conformidad:	☒ **NC MENOR** **Plan de Acción: 90 días calendario** **Tiempo máximo para verificación eficacia del cierre: próximo seguimiento.**	☐ **NC MAYOR** **Plan de Acción: 30 días calendario** **Tiempo máximo para verificación eficacia del cierre: 90 días calendario.**

2. Corrección de la No Conformidad *(debe resolver la Declaración de la No Conformidad)**

1. Plan Operativo Normalizado para atrapamiento en ascensores: Actualizar el Plan de Emergencias y Contingencias de la entidad, incorporando el Plan Operativo Normalizado (PON) para el escenario de atrapamiento en ascensores, definiendo las acciones de respuesta, responsables y mecanismos de comunicación y coordinación para la atención de esta situación.

2.Informe del simulacro de evacuación de octubre de 2025: Recopilar y consolidar los soportes disponibles del simulacro de evacuación realizado en octubre de 2025 y, con base en la información disponible, se documentarán los resultados, situaciones identificadas y oportunidades de mejora derivadas del ejercicio.

3. Comunicación de emergencias a contratistas: Establecer y socializar con los contratistas el número telefónico de emergencia y la cadena de llamada o mecanismo de comunicación que deberán utilizar ante la ocurrencia de un accidente o situación de emergencia, dejando evidencia de la información suministrada y de su socialización

Satisfactoria		Anexos		Observaciones de la revisión por el auditor	Fecha / Auditor
Si	No	Si	No		

3. Verificación implementación corrección por el auditor

Satisfactoria		Anexos		Verificación por el auditor	Fecha / Auditor
Si	No	Si	No		
X				Aprobada la corrección para implementar se verifica ejecución de las tres actividades en la próxima auditoria de seguimiento 1.	28/09/2026 Lina

4. Análisis de causa raíz

1. La metodología para la preparación y respuesta ante emergencias no contemplaba un mecanismo de verificación integral que asegurara que todos los escenarios identificados en el análisis de vulnerabilidad estuvieran desarrollados en el Plan de Emergencias, que las actividades ejecutadas conservaran su evidencia documental,

Satisfactoria		Observaciones de la revisión por el auditor	Fecha / Auditor
Si	No		
X		Adecuado análisis de causas	28/09/2026 Lina Cruz

2. Acción Correctiva *(orientada a atender la causa raíz)*

1. Fortalecer la preparación y respuesta ante emergencias mediante la revisión y actualización del Plan de Emergencias y Contingencias, asegurando que los escenarios de emergencia identificados por la entidad se encuentren incorporados y cuenten con las respectivas medidas de preparación, respuesta, responsables y mecanismos de comunicación.
   Como mecanismo de control, se diseñará e implementará una lista de verificación para la revisión de los escenarios de emergencia, la cual será aplicada durante la actualización del Plan y posteriormente en la preparación y evaluación de los ejercicios de emergencia, con el fin de verificar su implementación y detectar oportunamente oportunidades de mejora.
   Los resultados de estas verificaciones serán documentados y utilizados para establecer las acciones de mejora que correspondan, realizando seguimiento a su implementación y cierre.

Productos / evidencias verificables:

- Plan de Emergencias y Contingencias revisado/actualizado con los escenarios identificados.
- Lista de verificación implementada.

- Registro diligenciado de aplicación de la lista de verificación.
- Informe del simulacro de evacuación 2026, incluyendo resultados y oportunidades de mejora.
- Registro de seguimiento y verificación de las acciones derivadas de los resultados.

Satisfactoria		Anexos		Observaciones de la revisión por el auditor	Fecha / Auditor
Si	No	Si	No		
x				Adecuado plan de acción de acción correctiva	28/09/2026 Lina Cruz

3. Verificación por el auditor de implementación acción correctiva y eficacia

Satisfactoria		Anexos		Verificación por el auditor	Fecha / Auditor
Si	No	Si	No		

Nombre de la Organización auditada:	**SECRETARIA DISTRITAL DEL HABITAT**		
Fecha de Auditoría:	**03 AL 08 JULIO DE 2026**	**NC**	# 5 de 6
Norma(s) afectada(s):	**Elemento / Requisito**	**Equipo Auditor / Auditor Líder**	
ISO 45001: 2018	**8.1**	**LINA MARIA CRUZ PÉREZ**	
		ENRIQUE ROLDAN	
Proceso / Procedimiento / Documento de referencia:			
Matriz A&I, Matriz IPERVC			

1. Descripción de la No Conformidad

1.1 Declaración de la No Conformidad (afirmación clara del incumplimiento del requisito específico contenido en el criterio de auditoría) *

La organización no se asegura de implementar y controlar los procesos necesarios para cumplir con los requisitos

1.2 Evidencia Objetiva de la No Conformidad (evidencia de auditoría encontrada para sustentar la decisión de declarar la no conformidad) **

Se pudieron evidenciar desviaciones a los controles para el control de los riesgos y peligros:

Se pudo evidenciar en recorridos realizados el día 7 de julio que:

- Vehículos de transporte terrestre de contratistas y funcionario no realizan preoperacional (TFX 319, KSO 313), contratistas en asiento trasero sin el uso de cinturón de seguridad, asientos traseros en vehículos de transporte sin puntos disponibles de anclaje de cinturones de seguridad.
- Vehículo con luz trasera izquierda y tercer stop fundido, sin pito o sonido de alarma de retroceso.
- Sin evidencia de PESV del contratista o evidencia de cumplimiento de disposiciones de PESV de SDH. (control de horas de trabajo, pausas de trabajo, inducción)
- Contratistas de transporte sin evidencia de inducción o comunicación de riesgos y controles de la Secretaria.
- Contratistas sin conocimiento o evidencia de aplicación de controles para exposición a radiación solar, temperaturas extremas, uso de EPP para la actividad, análisis de riesgos, rutas u horarios autorizados.

Proyecto Parque Guacamayas

- Se evidencia desviaciones a la aplicación de controles de señalización de obra, pasos peatonales, uso de paleteros, incumpliendo el Plan de manejo de tráfico; productos químicos en caneca de 55 gls sin certeza de contenido (ACPM/ Gasolina), zonas de paso peatonal obstaculizadas.

- Supervisores de contrato de la secretaria e interventoría sin gafas de seguridad, sin evidencia de inducción y comunicación del riesgo en obra.

Auditor Líder / Auditor	**LINA MARIA CRUZ PÉREZ**	**Representante de la Organización / Acuse de recibo**	

Clasificación de la No Conformidad:	☒ **NC MENOR**	☐ **NC MAYOR**

	Plan de Acción: 90 días calendario **Tiempo máximo para verificación eficacia del cierre: próximo seguimiento.**	**Plan de Acción: 30 días calendario** **Tiempo máximo para verificación eficacia del cierre: 90 días calendario.**

2. Corrección de la No Conformidad *(debe resolver la Declaración de la No Conformidad)**

1. Transporte terrestre

Realizar verificación de las condiciones de seguridad de los vehículos utilizados por contratistas y funcionarios, incluyendo la realización de los preoperacionales, el uso de cinturones de seguridad, la disponibilidad y funcionamiento de los sistemas de alarma y luces, así como las condiciones de seguridad de los vehículos. Verificar el cumplimiento de los requisitos aplicables del PESV por parte de los contratistas y realizar la inducción y socialización de los riesgos y controles asociados a las actividades de transporte, incluyendo exposición a radiación solar, temperaturas extremas, uso de elementos de protección personal, análisis de riesgos, rutas y horarios autorizados.

2. Proyecto Parque Guacamayas

De acuerdo con las desviaciones identificadas durante la auditoría, realizar con la interventoría y el contratista la verificación y corrección de las condiciones de seguridad evidenciadas en el recorrido, incluyendo:

a) Ajustar la señalización y ubicar los paleteros en los puntos definidos en el PMT.

b) Identificar y rotular adecuadamente la caneca de 55 galones, garantizando la identificación de su contenido.

c) Despejar los pasos peatonales de escombros, materiales u otros elementos que obstruyan la circulación.

d) Verificar y reforzar el uso de los elementos de protección personal requeridos para las actividades desarrolladas en obra, incluyendo el uso de gafas de seguridad por parte de supervisores de contrato e interventoría cuando corresponda.

e) Realizar la inducción y socialización de los riesgos y controles de SST aplicables a las actividades desarrolladas en obra, dirigida al personal de supervisión, interventoría y demás trabajadores que corresponda, dejando los respectivos registros.

f) Verificar la aplicación de los controles establecidos para las actividades ejecutadas en obra y las condiciones identificadas durante los recorridos, dejando registro de las desviaciones encontradas y de las correcciones realizadas.

Satisfactoria		Anexos		Observaciones de la revisión por el auditor	Fecha / Auditor
Si	No	Si	No		
X				Aprobada la corrección para implementar se verifica ejecución de las tres actividades en la próxima auditoria de seguimiento 1.	28/09/2026 Lina

3. Verificación implementación corrección por el auditor

Satisfactoria		Anexos		Verificación por el auditor	Fecha / Auditor
Si	No	Si	No		

4. Análisis de causa raíz

1. Los mecanismos de control establecidos para la supervisión de las actividades de transporte y de los contratistas no garantizaban la verificación sistemática del cumplimiento de los requisitos operacionales definidos por la entidad antes del inicio y durante la ejecución de las actividades. Esto ocasionó que algunas desviaciones relacionadas con vehículos, inducción, comunicación de riesgos y cumplimiento del PESV no fueran identificadas y gestionadas oportunamente.

2. Debilidad en los mecanismos de verificación operativa en la ejecución de la obra por parte del contratista de obra frente a las condiciones asociadas al componente SST.

3. Debilidad en los mecanismos de verificación operativa en la ejecución de la obra por parte del contratista de obra frente al etiquetado de sustancias químicas.

4. Debilidad en la verificación operativa por parte del contratista de obra, así como en el oportuno seguimiento desde la Interventoría del contrato, sumado a un programa de capacitación enfocado en la teoría y no en el cambio de conducta por parte del trabajador frente al etiquetado de sustancias químicas.

5. Debilidad en la verificación operativa por parte del contratista de obra, así como en el oportuno seguimiento desde la Interventoría del contrato, sumado a un programa de capacitación enfocado en la teoría y no en el cambio de conducta por parte del trabajador frente al etiquetado de sustancias químicas.

Satisfactoria		Observaciones de la revisión por el auditor	Fecha / Auditor
Si	No		
X		Adecuado análisis de causas	28/09/2026 Lina Cruz

5. Acción Correctiva *(orientada a atender la causa raíz)*

1. Fortalecer el procedimiento de control operacional para actividades de transporte y supervisión de contratistas, implementando listas de verificación obligatorias que incluyan la inspección preoperacional de vehículos, el cumplimiento del PESV, la verificación de los elementos de seguridad del vehículo, la inducción en SST, la comunicación de riesgos específicos y la aplicación de controles para los riesgos identificados. Establecer seguimiento periódico y registros documentados del cumplimiento de estos controles.

2. Realizar seguimiento a través de los comités de obra semanales de la matriz de seguimiento implementada respecto del registro de desvíos y mejoras en SST (PMT y senderos).

3. Realizar seguimiento a través de los comités de obra semanales de la matriz de seguimiento implementada respecto del registro de desvíos y mejoras en SST (etiquetado de sustancias químicas).

4.Solicitar a la interventoría que se coordine con el contratista de obra fortalecer las capacitaciones y talleres respecto de los procedimientos asociados al componente SST, así como el Sistema de Gestión Ambiental en sitio.

5. Comunicación de la interventoría con los soportes de la realización de las capacitaciones y talleres respecto de los procedimientos asociados al componente SST, así como el Sistema de Gestión Ambiental en sitio.

Satisfactoria		Anexos		Observaciones de la revisión por el auditor	Fecha / Auditor
Si	No	Si	No		
x				Adecuado plan de acción de acción correctiva	28/09/2026 Lina Cruz

6. Verificación por el auditor de implementación acción correctiva y eficacia

Satisfactoria		Anexos		Verificación por el auditor	Fecha / Auditor
Si	No	Si	No		

Nombre de la Organización auditada:	**SECRETARIA DISTRITAL DEL HABITAT**		
Fecha de Auditoría:	**03 AL 08 JULIO DE 2026**	**NC**	# 6 de 6
Norma(s) afectada(s):	**Elemento / Requisito**	**Equipo Auditor / Auditor Líder**	
ISO 9001: 2015	**9.2.2 b,c**	**LINA MARIA CRUZ PÉREZ**	
		ENRIQUE ROLDAN	

Proceso / Procedimiento / Documento de referencia:

Auditoria Interna

1. Descripción de la No Conformidad

1.1 Declaración de la No Conformidad (afirmación clara del incumplimiento del requisito específico contenido en el criterio de auditoría) *

La organización no se asegura de implementar y mantener programas de auditoria de acuerdo con la norma conforme a los definido en el requisito 9.2.2 c de la norma ISO 45001:2018

1.2 Evidencia Objetiva de la No Conformidad (evidencia de auditoría encontrada para sustentar la decisión de declarar la no conformidad) **

- No se dispone la competencia del auditor o equipo de auditoria para el desarrollo de las auditorías internas con criterio de la norma ISO 45001:2018
- No se logra evidenciar las listas de chequeo de auditoria donde se evidencien los requisitos de la norma ISO45001:2018 auditados y la evidencias de su cumplimiento,
- La auditoría interna no identifica hallazgos de no conformidad cuando se evidencia falencias frente al cumplimiento de requisitos.
- No se realizó auditoria del proceso Control de vivienda y veeduría a las Curadurías o a los procesos “nuevos” luego de reestructuración.

Auditor Líder / Auditor	**LINA MARIA CRUZ PÉREZ**	**Representante de la Organización / Acuse de recibo**	

Clasificación de la No Conformidad:	☒ **NC MENOR** **Plan de Acción: 90 días calendario** **Tiempo máximo para verificación eficacia del cierre: próximo seguimiento.**	☐ **NC MAYOR** **Plan de Acción: 30 días calendario** **Tiempo máximo para verificación eficacia del cierre: 90 días calendario.**

2. Corrección de la No Conformidad *(debe resolver la Declaración de la No Conformidad)**

Realizar una revisión y ajuste del proceso de auditoría interna del SG-SST, atendiendo las desviaciones identificadas durante la auditoría externa, así:
Competencia del equipo auditor: verificar y documentar la competencia de los auditores internos designados para realizar auditorías bajo los criterios de la norma ISO 45001:2018, de acuerdo con los requisitos establecidos por la entidad.

1. **Listas de chequeo y evidencias:** Revisar y ajustar las listas de chequeo utilizadas en las auditorías internas, asegurando que contemplen los requisitos aplicables de ISO 45001:2018 y permitan registrar las evidencias objetivas verificadas durante el ejercicio de auditoría.
2. **Identificación de hallazgos:** Revisar los resultados de las auditorías internas realizadas, verificando que las desviaciones frente a los requisitos de ISO 45001:2018 sean identificadas y registradas como hallazgos de auditoría cuando corresponda, de acuerdo con los criterios establecidos.
3. **Cobertura del programa de auditoría:** Actualizar el programa de auditoría interna para garantizar la cobertura de los procesos de la entidad, incluyendo el proceso de Control de Vivienda y Veeduría a las Curadurías y los procesos nuevos o modificados como consecuencia de la reestructuración. Se realizará la auditoría de los procesos que correspondan y se conservarán los registros y evidencias de su ejecución.

Satisfactoria		Anexos		Observaciones de la revisión por el auditor	Fecha / Auditor
Si	No	Si	No		
X				Aprobada la corrección para implementar se verifica ejecución de las tres actividades en la próxima auditoria de seguimiento 1.	28/09/2026 Lina

3. Verificación implementación corrección por el auditor

Satisfactoria		Anexos		Verificación por el auditor	Fecha / Auditor
Si	No	Si	No		

4. Análisis de causa raíz

1. Debilidad en la planificación, ejecución y control del programa de auditorías internas, derivada de la falta de mecanismos formales para garantizar la competencia de los auditores, definición del alcance de auditoría, el uso y conservación de documentos que evidencien los requisitos auditados y las evidencias de su cumplimiento

Satisfactoria		Observaciones de la revisión por el auditor	Fecha / Auditor
Si	No		
X		Adecuado análisis de causas	28/09/2026 Lina Cruz

5. Acción Correctiva *(orientada a atender la causa raíz)*
1. Actualizar el procedimiento de auditoría interna del SG-SST, estableciendo criterios para la selección y evaluación de la competencia de los auditores, la elaboración de listas de verificación alineadas con los requisitos de la norma ISO 45001:2018, la identificación y registro de hallazgos y la planificación del programa de auditoría, garantizando la cobertura de todos los procesos del SG-SST. **Producto / evidencia:** procedimiento de auditoría interna actualizado y aprobado.
2. Realizar capacitación y/o formación a los auditores internos en los requisitos aplicables de la norma ISO 45001:2018, metodología de auditoría, identificación de evidencias objetivas y clasificación y registro de hallazgos, de acuerdo con los criterios establecidos en el procedimiento actualizado. **Producto / evidencia:** registros de capacitación, asistencia, contenidos desarrollados y evaluación de la competencia de los auditores.

Satisfactoria		Anexos		Observaciones de la revisión por el auditor	Fecha / Auditor
Si	No	Si	No		
x				Adecuado plan de acción de acción correctiva	28/09/2026 Lina Cruz

6. Verificación por el auditor de implementación acción correctiva y eficacia					
Satisfactoria		Anexos		Verificación por el auditor	Fecha / Auditor
Si	No	Si	No		

ACEPTACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN

SDHT-ISO 45001



ENTREGA DE PLANES DE ACCIÓN – NO CONFORMIDADES AUDITORÍA CERTIFICACIÓN INICIAL - SECRETARIA DISTRITAL DEL HABITAT – CQR-25-13512

Resumir este correo electrónico

LINA MARIA CRUZ PEREZ

Para: Jenny Maritza Barrera Suarez

CC: Gonzalez, Omar <Omar.Gonzalez@kiwa.com>; Luis Barrera Ospina <Luis.Barrera.Ospina@kiwa.com>

Responder | Responder a todos | Reenviar

Lun 28/09/2026 10:49

Respondió el Mar 29/09/2026 17:03.

Ver conversación

9. G.07.06_F-21_CO_Solicitud d...
183 KB

Señores:

SECRETARIA DISTRITAL DEL HABITAT

Att Jenny Barrera

Me permito informar *la aceptación del plan de acción* presentados en referencia a los hallazgos identificados en la auditoría de CERTIFICACIÓN INICIAL Realizada en el año 2026 a SECRETARIA DISTRITAL DEL HÁBITAT del sistema de gestión ISO 45001:2018

El seguimiento, por parte del(os) auditor(es) designado(s) por KIWA para verificar la eficacia del cierre de los planes de acción correctiva por la Organización auditada, se hará en la siguiente visita formal seguimiento 1

Cordialmente

Lina Maria Cruz Pérez
Asesor Sistemas de Gestión
Especialista en Salud Ocupacional
Especialista en Sistemas de Gestión Integrados

Kiwa CQR S.A.S.

Kiwa CQR S.A.S
Calle 98 No. 70 - 91 Edif. Vardi
Bogotá D.C., Colombia
T +57 601 7427655
www.kiwa.com.co
@KiwaLatAm

Bogotá D.C, 3 de septiembre de 2026

Doctora
MARCELA DEL PILAR MEDINA SANCHEZ
Directora Administrativa
REF: Contrato 1332 de 2025

ASUNTO: Emisión certificado

Respetada Dra.:

En atención al asunto de la referencia, a continuación, nos permitimos indicar que la emisión del certificado está sujeto al cierre de las no conformidades levantadas en la auditoria y al cumplimiento por parte de la entidad con todos los requisitos establecidos en la norma ISO 45001:2018 y la respectiva aprobación por parte del comité de decisión de KIWA CQR.

Una vez cumplidos todos los requisitos se procederá a emitir la certificación con una validez de 3 años contados a partir de la fecha de toma de decisión.

Cordialmente,

PAOLA MESA
Product Certification Manager
KIWA CQR S.A.S