



**Bureau Veritas Certificación**  
**Certificación de Sistemas de Gestión**  
 Informe Auditoría de

**Visita de Seguimiento 1**

**ISO 9001:2008-GP1000:2009-ISO 14001:2004-OHSAS 18001:2007**

**Bureau Veritas Certificación**

**Instituto Técnico Agrícola ITA**

Revisión	Comentario de los cambios	Revisó	Aprobó	Fecha
1	Se crea una herramienta de auditoría en formato Excel con la estructura de los formatos del BMS	ATORO	ATORO	01/06/2015
2	Se incorporan mejoras en interacción de los formatos y se corrigen errores de la primera versión	ATORO	ATORO	01/09/2015
3	Se continúa mejorando los formatos en la interacción con la herramienta y se incluyen nuevas normas para ser auditadas con acreditación ONAC	ATORO	ATORO	01/03/2016
4	Se actualiza el RFC de acuerdo a lineamiento del BMS Bureau Veritas	ATORO	ATORO	28/10/2016
5	Se actualiza formato de NC, programa de auditoría, mejoras en la Herramienta e inclusión de ISO 27001	ATORO	ATORO	

Información de la Organización						
Nombre de la Organización	Instituto Técnico Agrícola ITA					
Dirección	Carrera 12 N° 26 C – 74 Buga					
Teléfono No.	57(2) 228 8580	Fax No.	NA			
Página Web	<a href="http://www.ita.edu.co">www.ita.edu.co</a>					
Contrato(s) No(s).	CS-SO-2016-0067					
Información de Contacto						
Nombre persona contacto	María Victoria Cruz, Líder de la calidad Jeffrey Lozano García, Internacionalización	Teléfono No.			301 5406635- 315 5567886	
Dirección e-mail	<a href="mailto:calidadintegral@ita.edu.co">calidadintegral@ita.edu.co</a>					
Información de la Auditoría						
Norma(s)	ISO 9001:2008	NTC GP 1000:2009	ISO 14001:2004	OHSAS 18001:2007	0	Integrada <input checked="" type="checkbox"/>
Código(s)	37	37	37	5		Combinada <input type="checkbox"/>
N° de Empleados	25		N° Turnos		1	
Tipo de Auditoría	Visita de Seguimiento 1					
Alcance de Auditoría	Auditoría al sistema integrado de la institución de acuerdo a los procesos planificados por el ente certificador para visita de seguimiento No.1 compartido en reunión de apertura. Plan a desarrollar en las instalaciones de la institución.					
Fecha Inicio Auditoría fase 1 o seguimiento:	15/09/2017	Fecha Fin Auditoría fase 1 o seguimiento:			19/09/2017	
Fecha Inicio Auditoría fase 2:	NA	Fecha Fin Auditoría fase 2:			NA	
Próxima visita antes de:	sep-18	Duración (días) de la próxima visita:			2.5	
Información del Auditor						
Auditor Líder:	Edgar H. Trujillo P.			Iniciales líder:	ETP	
Auditor (es) (Miembros de Equipo)	NA	0	0	0	0	
	0	0	0	0	0	
Especialista	NA					
Horario de los Turnos	08:30				05:30	
Si se trata de una auditoría "multi-site", se establece un Apéndice relacionando todos los emplazamientos relevantes y/o centros remotos establecidos y anexos al informe de auditoría.						
Distribución	Cliente / Equipo Auditor / Oficina BV Certificación					

Resumen de los hallazgos de la auditoria				
No. De No conformidades registradas:	Mayores:	0	Menores:	2
¿Se requiere una Auditoría Extraordinaria?	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	Duración de la Auditoría Extraordinaria:	NA	día(s)
Fechas reales de la auditoria extraordinaria:	Inicio:		Final:	
Observaciones auditoria extraordinaria:				
Recomendación del equipo Líder				
Normas (s)	Recomendación			
ISO 9001:2008	Mantener el certificado previa entrega de plan de acción satisfactorio.			
NTC GP 1000:2009	Mantener el certificado previa entrega de plan de acción satisfactorio.			
ISO 14001:2004	Mantener el certificado previa entrega de plan de acción satisfactorio.			
OHSAS 18001:2007	Mantener el certificado del SG			
0				
Equipo Líder (1):	Auditor (es) Miembros del equipo			
Edgar H. Trujillo P.	NA	0	0	
	0	0	0	
Alcance de Certificación (declaración de alcance debe ser verificada y aparecerá en el siguiente espacio) Sitio principal:				
DISEÑO, FORMACIÓN Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN EDUCACIÓN SUPERIOR, EN LOS NIVELES DE TÉCNICA PROFESIONAL Y TECNOLOGIA.				
Alcance Sitio 1:	NA			
Alcance Sitio 2:	NA			
Para ISO 27001 indique declaración de aplicabilidad, numero de versión y fecha:	NA			
El documento de existencia legal concuerda con la dirección y nombre de la empresa:	<input type="checkbox"/>	El objeto social tiene relación con el alcance del Sistema de Gestión.	<input type="checkbox"/>	
Comentarios de la revisión del documento de existencia legal:	No se verifican documentos de constitución legal.			
Acreditación:	NA			
Nº de Certificados requeridos:	NA			
Idiomas:	NA			
Motivo para emitir el Certificado:	La Organización planifica, ejecuta y hace seguimiento a las actividades del sistema para su mejora continua.			
Instrucciones Adicionales (instrucciones adicionales para el certificado o información para la oficina):				
REEMPLAZAR TEXTO :Especificar los cambios en la Organización (alcance, número de empleados, emplazamientos, dirección, gestión, organización...). Ver coherencia con la Solicitud de Certificación				

## RESUMEN DE AUDITORIA

### Objetivos de la auditoria:

#### Objetivos generales:

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

#### Objetivos de la auditoría de seguimiento:

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

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

Nº de no conformidades de la anterior auditoría:	Mayores	0	Menores	0
Nº de no conformidades cerradas:	Mayores	0	Menores	0
Nº de no conformidades abiertas de nuevo:	Mayores		Menores	
Las conclusiones de la revisión de las NC inmediatamente anteriores son:	No se registraron NC de la auditoria de certificación.			
Verificación del ciclo completo previo de informes de Auditoría de Bureau Veritas Certification	No hay hallazgos coincidentes de la presente auditoria con anteriores.			
Insumos básicos y planificación inicial: <small>(Actividades/locaciones/procesos/funciones de la organización basados en el plan de auditoría que fue presentado y se acordó con el auditado antes de la auditoría y fueron cubiertos y enumerados en la Sección de Resumen de Auditoría (Matriz de Auditoría) del informe)</small>	Se presenta la actividad en reunión de apertura y con Reptes de la Institución se revisa el plan de auditoria que se desarrolla en su totalidad en la sede de la Organización.			

Personas Claves Entrevistadas / Involucradas			
Nombre y Apellido		Departamento / Proceso	
María Victoria Cruz		Calidad y Acreditación (Calidad)	
Milena Cuartas Restrepo		Calidad y Acreditación SST	
Carlos Zuñiga		Calidad y Acreditación SST	
Mauricio Libreros		Calidad y Acreditación Ambiental	
Jaime Andrés Tigreros		Docencia y Redes de Conocimiento	
Gustavo Rubio		Docencia y Redes de Conocimiento	
Claudia Ximena Triana Vera		Docencia y Redes de Conocimiento	
José James Sanchez		ALMACEN	
Piedad Toro		PLANEACIÓN	
Hector Martinez Luna		REVISION POR DIRECCION	
Hallazgos de Auditoria			
<p>El equipo auditor ha realizado una auditoría basada en los procesos, centrada en los aspectos significativos, riesgos y objetivos. La metodología de auditoría empleada ha consistido en entrevistas, observación de las actividades y revisión de documentos y registros</p> <p>La Auditoría en sitio inició con una Reunión de Apertura, contando con la asistencia de altos directivos de la organización.</p> <p>Los hallazgos de auditoría fueron comunicados a la Dirección de la Organización durante la Reunión de Cierre, al igual que las conclusiones finales referentes a los resultados de la auditoría y recomendaciones dadas por el equipo auditor .</p>			
Adecuación del Manual de Calidad:		Se evidencio un Manual del sistema de gestión MCI-SIG CT-012 v5 del 30 abril 2017. con el modelo de caracterizaciones se demuestran las interacciones de proceso.	
Validación de alcance y exclusiones con las justificaciones: (Para ISO 22000 tener en cuenta estudios HACCP)		Se valida el alcance de la prestación del servicio con la muestra de programas aprobados por resolución No.4410 de 05 abril 2015 para el programa de Tecnólogo en Recreación y Deporte. Otro como el Programa Técnico profesional en operación de cocina y restauración, según la resolución 10177 de 20 may 2016. Para el programa de Tecnología en gastronomía la resolución 10177 de 20 may 2016. El programa Técnico profesional en operación de cocina y restauración por acuerdo 016 de octubre 2013, se evidenció el el plan curricular constituido por la malla, perfiles y modulos de aprendizaje. No hay exclusiones para el SGI.	
Para ISO 22000 indique que criterio tuvo en cuenta para seleccionar los proyectos a auditar:		<input type="checkbox"/> Cantidad de proyectos	<input type="checkbox"/> Condiciones criticas entorno
		<input type="checkbox"/> Tamaño Operación	
Nivel de Integración: (En caso de una auditoria de sistemas de gestión integrado)		Es un sistema en construcción, su nivel de integración es bajo; así lo determina el analisis de la auditoria interna; pese a que tienen algunos elementos integrados como políticas y objetivos.	
Cumplimiento de los compromisos de la Política y Objetivos:		Mediante actividades como revisión, análisis de variables propuestas en el BSC e instructivo sugerido por el MEN, y diligenciamiento del cuadro de mando de indicadores de gestion y asociados a los procesos. Actividades que se cierran con el cambio de rectoria en sep 22 2017 se espera evaluar el cumplimiento de objetivos.	

Descripción de la conformidad y capacidad del sistema de gestión:			
General:	La institución adelanta cambios en la dirección mediante un proceso de elección de dos candidatos para Rector, en ese sentido se encuentran en la construcción del informe final de empalme para lo cual se están generando acciones como la de articular al PDI mediante cuadro de mando de indicadores.		
Planificación:	La Institución a través del código de ética y buen gobierno ha planificado y divulgado entre otros elementos las políticas como la de SST según resol 194 del 5 sep 2017. Fueron evidenciadas debilidades en controles en la documentación y la planificación misma de aspectos ambientales relacionados a las actividades de construcción de laboratorios y demolición de otras áreas generando reporte de no conformidad anexa al presente informe.		
Implementación y operación:	Desde el modelo de la prestación del servicio se encuentran definidos controles y procedimientos para el Diseño, creación y modificación de programas PE DRCO24 v2 del 05 febrero 2016 y procedimiento para ejecución de programas académicos PE DRCO25 v2. Elementos de control operacional en el desempeño ambiental y de SST con la muestra de la inducción en HSEQ y normas básicas de seguridad, Higiene y Buenas prácticas, exigencias específicas en G. Ambiental a contratistas y proveedores como manejo, almacenamiento y disposición de residuos sólidos en obras civiles.		
Seguimiento y medición:	En procesos misionales el seguimiento al logro de objetivos como el objetivo macro de *Acreditación de alta calidad con actividades como el cambio de los ambientes de aprendizaje, la creación del comité de currículo creado según resolución 164. Como seguimiento por Control interno a los Docentes se mide la competencia de docentes a junio 2017. Se concluye que los Docentes están cumpliendo de acuerdo a la inducción recibida al inicio de cada semestre y que esta se realiza de manera aleatoria. Se cumple con el programa de auditoría FOR AUI 01 v2 para el año 2017 para 12 procesos, con la participación de (5) funcionarios como Auditores internos entre julio – Agosto 2017.		
Mejora:	Como elemento de control se evidencia registro en formato DRI 01 v1 para la revisión por dirección realizada en sep 13 2017, según registro de asistencia con 25 personas. Medición de la satisfacción del cliente mediante una encuesta que valide la misión institucional a través de una encuesta semestral realizada en diciembre 2016 y abril 2017. A partir del resultado se genera plan de acción en junio 30 2017 No. 005 Como análisis por la debilidad en la aceptación de las prácticas empresariales a través del SENA. En la evaluación del desempeño ambiental y de SST mediante documentos anexos al informe, pero como se presenta en una observación de esta auditoría se debe detallar a nivel de cada programa y los objetivos que estos tienen.		
Áreas de preocupación Fase 1:	NA		
Conclusiones fase 1:	NA		
Recomendación de Fase 1 es:	<input type="checkbox"/> Continuar con fase 2.	<input type="checkbox"/> NO Continuar con fase 2.	<input checked="" type="checkbox"/> NO Aplica.

Fortalezas					
Compromiso de la dirección en la asignación de recursos para el direccionamiento del sistema.					
Participación del personal en las actividades de auditoría.					
Enfoque a la mejora con planes de acción.					
Elementos de control mediante capacitaciones a personal contratista y participación de estos en actividades como el simulacro.					
No Conformidades					
NCR 1: (numeral de la norma)	4.2.3-4.4.5	Auditor: (3 iniciales- mayúscula)	ETP	NORMA(s):	ISO 9001:2008 - ISO 14001:2004
Área: (Proceso)	Calidad y Acreditación Ambiental - Almacén				
Clasificación:	Menor				
NO CONFORMIDAD – REQUERIMIENTO ESTÁNDAR AUDITADO	Control de documentos				
DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	La Organización no se asegura de que las versiones pertinentes de los documentos aplicables estén disponibles en los puntos de uso.				
EVIDENCIA OBJETIVA PARA DECLARAR LA NC Y JUSTIFICACIÓN DEL GRADO (MAYOR Ó MENOR).	La Organización no aplica elementos de control ya normalizados en documentos lo que implica que sobre estos no se evidencie su actualización o vigencia como es el caso de un procedimiento de Aspectos ambientales sobre el cual no se puede establecer su vigencia, carece de código y fecha de aprobación. El anterior no está incluido en el listado maestro de documentos. Así mismo el procedimiento de Compra de bienes y servicios PE CONT 032 v1 del 05 febrero 2016 que relaciona registro de estudios previos para contratación según FOR SG 14 v1. En el procedimiento hace referencia al documento FOR CON 14. Otro documento como el Programa G. integral de residuos SIG CT 09 v2 del 09 jul 2017. El responsable presenta una versión 1 de igual fecha.				
NCR 2: (numeral de la norma)	4.3.1	Auditor: (3 iniciales- mayúscula)	ETP	NORMA(s):	ISO 14001:2004
Área: (Proceso)	Calidad y Acreditación Ambiental				
Clasificación:	Menor				
NO CONFORMIDAD – REQUERIMIENTO ESTÁNDAR AUDITADO	Aspectos Ambientales				
DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	La Institución no ha identificado aspectos ambientales sobre los que pueda influir dentro del alcance del sistema teniendo en cuenta desarrollos nuevos o planificados.				
EVIDENCIA OBJETIVA PARA DECLARAR LA NC Y JUSTIFICACIÓN DEL GRADO (MAYOR O MENOR)	No se evidencia la identificación de aspectos ambientales derivados de la ampliación y mejora en infraestructura en la Institución, cuando se observa en las instalaciones entre otras actividades, demoliciones de áreas construidas, excavaciones, zonas verdes intervenidas; tránsito de materiales y equipos, y uso de recursos como agua.				

<p style="text-align: center;">NOTA</p>	<p>Las no conformidades de este informe, serán tratadas mediante el proceso de acciones correctivas de la Organización, de acuerdo con los requisitos relevantes de la norma auditada; con acciones que prevengan su repetición y conservando registros completos de las mismas.</p> <p>Las acciones correctivas para tratar las no conformidades mayores identificadas, serán llevadas a la práctica de manera inmediata y se notificará a Bureau Veritas Certificación de dichas acciones, en un plazo de 30 días. Nuestro auditor podrá llevar a cabo una auditoría extraordinaria en un plazo de 90 días para confirmar las acciones tomadas, evaluar su eficacia y determinar si la certificación puede ser concedida o mantenida.</p> <p>La Organización hará llegar a BV Certificación un Plan de Acciones Correctivas para tratar las no conformidades menores identificadas, este Plan será llevado a la práctica por la Organización que mantendrá registros con evidencias de ello.</p> <p>La respuesta a las no conformidades puede ser enviadas bien sea mediante documentos en soporte papel o en soporte electrónico (preferentemente), utilizando el formato de No conformidad incluido en el informe. Esta información deber ser enviado al correo <a href="mailto:documentacion.bvc@co.bureauveritas.com">documentacion.bvc@co.bureauveritas.com</a> con copia al Auditor Líder.</p> <p>En la próxima auditoría programada, el equipo auditor de BV Certificación realizará el seguimiento de todas las no conformidades identificadas previamente, para confirmar la eficacia de las acciones correctivas tomadas.</p> <p>Todos los servicios ofrecidos bajo la Acreditación UKAS son realizados bajo el control de gestión de Bureau Veritas Certificación Holding SAS - Sede Reino Unido.</p> <p>Todos los servicios ofrecidos bajo la Acreditación ONAC son realizados bajo el control de gestión de BVQI Colombia Ltda.</p>
<p style="text-align: center;">NO CONFORMIDADES</p>	<p>La revisión de no conformidades se realiza a través una revisión de oficina. Sin embargo, dependiendo de la severidad de los hallazgos, el auditor puede realizar una auditoría de seguimiento para confirmar las acciones tomadas, evaluar su efectividad y determinar si se recomienda otorgar la certificación o su continuidad, según corresponda. Es recomendable que el cliente provea de una respuesta temprana a fin de que haya tiempo para revisiones adicionales en caso de ser necesarias.</p> <p>Para recertificaciones, el plazo para el tratamiento de no conformidades será definido por el líder del equipo auditor a fin de que las acciones correctivas sean implementadas previo al vencimiento del certificado.</p> <p>b. Contenido previsto de la respuesta</p> <p>La respuesta del cliente ante una NC debe ser revisada por el líder del equipo auditor en tres partes: corrección, análisis de causa raíz y acciones correctivas.</p> <p><u>Corrección</u> Asegurarse de que la corrección responda a la pregunta “¿Es este un caso aislado o no?”, en otras palabras “¿Hay algún riesgo de que esto pueda volver a ocurrir en los otros sitios / departamentos?”.</p> <p><u>Análisis de Causa Raíz</u> Asegúrese de que la causa raíz responda la pregunta “¿Qué aspecto del sistema tuvo que fallar para que el problema ocurra?”.</p> <p><u>Acción Correctiva</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La acción correctiva o el plan de acción correctivo tratan la/s causa/s raíz/raíces determinada/s en el análisis de causa raíz. De no haber definido una verdadera causa raíz no podrá prevenir la repetición del problema.</li> <li>2. Para poder ser aceptado, el plan debe incluir: <ul style="list-style-type: none"> <li>- acciones para tratar la o las causas raíz.</li> <li>-identificación de los responsable por las acciones</li> <li>-un cronograma (con fechas) para su implementación</li> <li>-siempre debe incluir un “cambio” en el sistema. Capacitación y/o la publicación de un boletín, generalmente no son cambios en el sistema.</li> </ul> </li> </ol>

Observaciones:	
No se identifica un despliegue más amplio en la reestructuración de actividades de mantenimiento del sistema de gestión en el proceso de planeación CP GPLAN, o en otros; una vez que se elimina el de Certificación y Acreditación alta calidad.	
No se evidencio en las listas de verificación de auditoria interna suficiencia de preguntas con alcance integral.	
En la definición de la política se tiene un concepto de Funcionarios y contratistas; No es claro el concepto de visitante en el enfoque de la Política del sistema.	
En el desempeño de SYSO del informe de revisión por dirección se manifiesta un cumplimiento del 100% pero este no tiene un despliegue que incluya temas de accidentalidad, ausentismo, y frecuencia.	
Oportunidades de mejora:	
Como subproceso el de registro y control figura dependiendo de Docencia y redes, pero esquematicamente se ve como un proceso de apoyo. Fue auditado como subproceso de Docencia.	
En el procedimiento PE GTH 45 v2 se han definido requisitos idem para personal Docente y Administrativo de planta provisional y horas cátedra.	
Se identifica en matriz de requisitos legales por proceso 2017 FOR MRL 01 v3, que la resolución 8958 del 13 oct 2011 como aprobación de los ciclos academicos no se ha incluido.	
Uso del Logo:	Se usa en papelería membretada en forma adecuada.
Incertidumbre / Obstáculos que podrían afectar la confiabilidad de las conclusiones de la	Ninguna.
Opiniones divergentes (discrepancias) sin resolver entre el Equipo Auditor y el Auditado:	Ninguna.
Modificaciones del programa y/o plan de auditoria y Justificación respectiva/ Actividades de seguimiento acordadas:	Ninguna.

Conclusiones:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se ha demostrado la conformidad de la documentación del Sistema de Gestión, con los requisitos de la norma auditada y dicha documentación proporciona estructura suficiente para apoyar la implantación y mantenimiento del sistema de gestión,</li> <li>• La Organización ha demostrado la efectiva implantación y mantenimiento / mejora de su Sistema de Gestión.</li> <li>• La Organización ha demostrado el establecimiento y seguimiento de adecuados objetivos y metas clave de desempeño, y ha realizado el seguimiento del progreso hacia su consecución.</li> <li>• El programa de auditorías internas ha sido implantado en su totalidad y demuestra su eficacia como herramienta para mantener y mejorar el Sistema de Gestión.</li> <li>• A través del proceso de auditoría, se ha demostrado la total conformidad del Sistema de Gestión con los requisitos de la norma auditada.</li> </ul>
Recomendaciones:	<p>El Equipo Auditor ha realizado una auditoría basada en los procesos, centrada en los aspectos/riesgos significativos y objetivos requeridos por la(s) norma(s). La metodología de auditoría empleada ha consistido en entrevistas, observación de actuaciones, muestreo de las actividades y revisión de documentos y registros.</p> <p>El desarrollo de la auditoría se realizó de acuerdo al plan de auditoría y a la matriz de procesos auditados incluidos en los apéndices de este informe resumen de auditoría.</p> <p>El equipo auditor llega a la conclusión de que la Organización ha establecido y mantenido su sistema de gestión de acuerdo a los requisitos de la(s) norma(s) y ha demostrado la capacidad del sistema para lograr que se cumplan los requisitos para los productos y/o servicios incluidos en el alcance, así como la política y los objetivos de la Organización.</p> <p><u>Declaración de descargo de responsabilidad:</u> la auditoría se basa en un proceso de muestreo de la información disponible y la confirmación del cumplimiento de los objetivos de la auditoría.</p> <p>Por lo tanto, el equipo de auditoría, basado en los resultados de esta auditoría y el estado de desarrollo y madurez demostrado del Sistema, recomienda que la certificación de este Sistema de Gestión sea:</p>
Tramitada	<input type="checkbox"/>
Tramitada, sujeta a un plan de acciones correctivas satisfactorias	<input type="checkbox"/>
Mantenida.	<input type="checkbox"/>
Mantenida, sujeta a un plan de acciones correctivas satisfactorias.	<input checked="" type="checkbox"/>
Suspendida hasta que se completen unas acciones correctivas satisfactorias.	<input type="checkbox"/>
Retirada, (se recuerda a la Organización el Procedimiento de Apelaciones definido en las Condiciones de Contrato)	<input type="checkbox"/>
Este informe es confidencial y su distribución está limitada al equipo auditor, la propia Organización y la oficina de BV Certificación	