AUDITORIA DE GESTION

OFICINA DE CONTROL INTERNO

EMPRESA DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO DE SAN JOSE DEL GUAVIARE "EMPOAGUAS E.S.P."

INFORME DE AUDITORIA

PROCESO CONTROL DE CALIDAD

SAN JOSE DEL GUAVIARE

JUNIO 2021

INFORME FINAL AUDITORIA INTERNA

PROCESO: CONTROL DE CALIDAD

RESPONSABLE: CARINA TOVAR JARAMILLO, DIVISION DE ACUEDUCTO

PERIODO AUDITADO: PRIMER SEMESTRE 2021

1. ASPECTOS GENERALES

1.1 Objetivo de la Auditoria:

Realizar la Auditoria con enfoque integral, al proceso Control de Calidad del agua, en aspectos de carácter misional y administrativo con el fin de asegurar la confiabilidad de dicho proceso y el cumplimiento de los objetivo misionales a la Empresa

1.2 Alcance de la Auditoria

El alcance de la auditoria comprende evaluar el Proceso Control de Calidad y sus procedimientos misionales y de apoyo que le aplican, correspondiente al primer semestre 2021, con el fin de evidenciar las fortalezas y debilidades para así generar las observaciones y recomendaciones que permitan un mejoramiento continuo.

1.3 Identificacion Criterios de Auditoria Interna

Los criterios tomados para el desarrollo de la Auditoria, entre otros, son:

- Ley 87 de 1993
- Decretos reglamentarios del sistema de control Interno
- Decreto 1499 de 2017Actualizacion Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG
- Resolución 1619 de 2015. Por la cual se establece el Sistema de Gestión de la Red Nacional de Laboratorios en los ejes estratégicos de Vigilancia en Salud Pública y de Gestión de Calidad
- Norma NTC-ISO/IEC 17025:2005, sobre requisitos generales para la competencia de los laboratorios de ensayo y calibración

2. METODOLOGIA Y/O ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

2.1. Revisión documental, revisión ocular, inspecciones, verificación de reportes de información

Actualmente el Laboratorio de Control de Agua Potable de EMPOAGUAS, enmarcado en el Proceso de Control de Calidad está inscrito en la Red Nacional de Laboratorios, el cual es un Sistema técnico gerencial cuyo objeto es la integración funcional de laboratorios nacionales de referencia, laboratorios de salud pública, laboratorios clínicos, otros laboratorios, y servicios de toma de muestras y microscopia, para el desarrollo de actividades de vigilancia en salud pública, prestación de servicios, gestión de la calidad e investigación.

Las actividades a cargo del Laboratorio según Manual de funciones, son las siguientes:

1. Ejercer la coordinación del Laboratorio de Calidad del Agua.
2. Responsable directo del análisis fisicoquímico y bacteriológico de las muestras de agua cruda, tratada y en la red de distribución. Para lo cual toma las muestras a la entrada y salida de la planta de tratamiento, y en la red de distribución de acuerdo con el Decreto 1575/2007.
3. Realizar pruebas de laboratorio para determinar la calidad del agua, procesando las muestras de aguas de acuerdo con las técnicas y métodos establecidos en los manuales de procedimiento.
4. Elaborar los planes, proyectos y procesos de análisis y control del agua cruda, tratada y potable suministrada por la red de acueducto.
5. Velar por el cumplimiento de altos estándares de calidad del agua que entra y sale de la planta de tratamiento.
6. Estandarizar las técnicas para los análisis de agua de acuerdo con los manuales de procedimiento.
7. Preparar las soluciones estándar y los diferentes reactivos que se necesiten para los análisis.
8. Solicitar los reactivos, equipos y materiales que se necesitan para los diferentes análisis con la debida anticipación y en forma adecuada.
9. Seguir rigurosamente los procedimientos de los métodos estándar para el análisis de aguas.
10. Llevar registros diarios de los resultados obtenidos en las pruebas.
11. Revisar y presentar informes mensuales de la calidad del agua.
12. Reportar oportunamente cualquier anomalía que se presente en la planta y en la red de distribución.
13. Participar activamente en programas y planes de contingencia, coordinar las acciones para la realización del mantenimiento preventivo de los equipos de laboratorio

Actividades según la ISO 17025-SEGUNDA ACTUALIZACIÓN

a) La implementación, el mantenimiento y la mejora del sistema de gestión

b) La identificación de las desviaciones del sistema de gestión, o de los procedimientos para la realización de las actividades de laboratorio
c) El incio de acciones para prevenir o minimizar tales desviaciones
d) informar a la dirección del laboratorio acerca del desempeño del sistema de gestión y de cualquier necesidad de mejora
e) Asegurar la eficacia de las actividades de laboratorio

Para el cumplimiento de las anteriores funciones y actividades el personal a cargo del proceso de Control de Calidad es el siguiente:

- ✓ Una Profesional Universitario: Ingeniera Quimica, que además cumple las funciones de la División de Acueducto
- ✓ Una Auxiliar de Laboratorio

El Proceso de control de Calidad se inició en la actual vigencia, a continuación se llevó a cabo la revisión del avance en la implementación, encontrándose la siguiente gestión documental: Dos procedimientos: CCA-PM-PR1-01 PROCEDIMIENTO DE RECEPCION, MANEJO Y TRANSPORTE DE MUESTRAS; CCA-PM-PR2-01 PROCESO LIMPIEZA Y DESINFECCION DE LABORATORIO. Asi mismo 39 documentos entre Planes, Programas y Formatos.

PROCEDIMIENTO	**HALLAZGO**
PROCEDIMIENTO DE RECEPCION, MANEJO Y TRANSPORTE DE MUESTRAS	CCA-PM-PR1-01, el procedimiento se encuentra codificado y documentado
PROCESO LIMPIEZA Y DESINFECCION DE LABORATORIO	CCA-PM-PR2-01 el procedimiento está debiamente codificado y documentado
Observaciones: Este Proceso entró en vigencia en el año 2021. A la fecha de la auditoria cuenta con 39 documentos elaborados y codificados (formatos, planes, programas)	
INDICADORES DEL PROCESO	**AVANCE**
Seguimiento y medicion de variables del sistema.	Formulacion de documentos por estándar de caldiad
Cumplimiento rango IRCA para agua potable <5%	IRCA ENERO A MAYO 2021 LABPORATORIO EXTERNO: 0,77% -Cumple por estar por debajo del limite del 5%
Cumplimiento de indicadores de gestión de caldiad del laboratorio	Formulados y con instrumento de seguimiento
Seguimiento a planes, programas y proyectos.	Documentación de seguimiento en construcción
Autodiagnostico del sistema	El proceso de control de calidad del agua presenta avance del plan de mejoramiento de lso estamdare de calidad I semestre

Igualmente, se realizó el seguimiento a las acciones de avance al Plan de Mejoramiento, producto de la Auditoria del Ente externo Laboratorio de Salud Publica (Secretaria de Salud Departamental), con los siguientes resultados:

EMPOAGUAS E.S.P. "Mejor en Calidad y Eficiencia"		**PROCESO EVALUACION Y CONTROL**		**CODIGO: F3-PEV-EC--01**
		SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO POR PROCESOS		**VERSION: 1**
NOMBRE DE LA ENTIDAD: EMPOAGUAS ESP				**FECHA: 27-04-2010**
Proceso/ Subproceso Auditado		CONTROL DE CALIDAD DEL AGUA		
Objetivo del Proceso		Realizar el control de calidad del afluente , el efluente y los vertimientos asociados a los proceso de acueducto y alcantarillado, mediante la realización, seguimiento y análisis de los parámetros de control medidos con las frecuencias y requisitios establecidos normativamente		
Auditor:		NORBELY RESTREPO VASQUEZ	**Lider de proceso Auditado**	CARINA TOVAR JARAMILLO
Objetivo de la Auditoría		Evaluar la pertinencia de los procedimientos y documentación relacionada en el logro de los objetivos del proceso.		
Alcance de la Auditoría		Verifcar avances al Plan de Mejoramiento, producto de la Auditoria del Ente externo Laboratorio de Salud Publica (Secretaria de Salud Departamental)		
Ítem	**Oportunidad de Mejora /hallazgo - Requisito**	**Verificacion requisito**	**Accion Correctiva**	**Avance**
1	El laboratorio cuenta con certificación o acreditación de sus sistema de gestión de calidad (ISO /IEC 17025/ISO 9001)	SE ENCUENTRA EN IMPLEMENTACIÓN	Actualizar el control de documentos de EMPOAGUAS ESP _presentar la documentación necesaria ante el IDEAM para certificación de una prueba o ensayo en la norma NTC17025	Listado maestro de documentos actualizado. Elaboración y codificadion de 39 documentos generados
2	El laboratorio establece e implementa un sistema de gestión de calidad (SGC) evidenciado en una plataforma documental aprobada que de respuesta a las necesidades del mismo en coherencia con el portafolio de servicios	SE ENCUENTRAN LOS DOCUMENTOS DEL LABORATORIO SIN EMBARGO NO SE ENCUENTRAN ARTICULADOS COMO PARTE DE LA ORGANIZACIÓN, SE ENCUENTRAN SIN CÓDIGO SIN FECHA DE APROBACIÓN	-Diseñar y documentar el proceso de laboratorio de tal forma que este articulado y vinculado con el sistema de gestión de calidad del laboratorio EMPOAGUAS ESP -Socializar los documentos con la alta dirección para su aprobación -Solicitar la Codificación de documentos y su incorporación al SGC como proceso del sistema	Elaboración y codificadion de 39 documentos generados. Avance en la documentacion del SGC

3	El laboratorio hace parte del organigrama de la entidad, con los niveles de autoridad e interrelaciones asignadas a cada uno de los integrantes de la estructura funcional.	ORGANIGRAMA NO SE ENCUENTRA RELACIONADO EL LABORATORIO EN EL 2018. SE NOTIFICA QUE ESTA EN LA DIVISIÓN DE ACUEDUCTO. SE PRESENTA UN MAPA DE PROCESOS EN CONTEXTO MIPG PROCESO MISIONAL CONTROL DE CALIDAD DE AGUA OCT 2020. ACTUALIZAR EL ORGANIGRAMA	-Actualizar el Organigrama de la Entidad donde se evidencie la dependencia Laboratorio. (Vigencia 2020)	100%. El laboratorio se incluye como PROCESO CONTROL DE CALIDAD dentro del mapa de procesos de la empresa y como área en el Organigrama
4	El laboratorio tiene todos los procedimientos técnicos, administrativos o de gestión de las pruebas realizadas desde la toma de muestras, procesamiento y emisión de resultados, documentados y aprobados.	SE ENCUENTRAN LOS DOCUMENTOS DEL LABORATORIO SIN EMBARGO NO SE ENCUENTRAN ARTICULADOS COMO PARTE DE L ORGANIZACIÓN SE ENCUENTRAN SIN CÓDIGO SIN FECHA DE APROBACIÓN	Presentar los documentos actualizados para su aprobación ante la subgerencia técnico operativa y posteriormente realizar codificación	Elaboración y codificacion de 39 documentos .
5	Desde la dirección o coordinación del laboratorio se garantiza la implementación del "Manual de calidad" o un documento equivalente que describe el sistema de gestión de la calidad que incluya alcance, definición de responsabilidades, política y objetivos de calidad, estructura de la documentación, seguimiento y medición, análisis de datos y control de registros, entre otros.	MANUAL DE CALIDAD NO SE PRESENTA	_Diseñar el Manual de Calidad de la Empresa que contenga alcance, definición de responsabilidades, política y objetivos de calidad, estructura de la documentación, seguimiento y medición, análisis de datos y control de registros	40% AVANCE DEL DOCUMENTO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD DEL LABORATORIO
6	El laboratorio tiene una política de calidad que sea adecuada para el objeto de la entidad, coherente con el plan de desarrollo de la entidad, incluye compromiso de cumplir con los requisitos de los clientes y mejora del sistema (eficacia, eficiencia, efectividad), adecuada continuamente y emitida por la alta dirección, debidamente socializada y entendida por todo el personal que lo integra.	POLITICA DE CALIDAD NO SE PRESENTA	_Establecer la política de Calidad de EMPOAGUAS E.S.P. _Establecer la política de Calidad de Laboratorio.	100% Política de calidada establecida en el Manual de Calidad de Laboratorio

7	El laboratorio tiene definido dentro del sistema de gestión de calidad un procedimiento implementado de auditorías internas	NO SE CUENTA CON EL PROCEDIMIENTO PROGRAMA Y PLAN DE AUDITORIA	_ Actualizar el Programa de Auditorias de la Entidad donde se agregue las auditorias a la dependencia Laboratorio. (Vigencia 2020)	100% Plan de Auditoria interna construido
8	El laboratorio realiza control documental del archivo físico y magnético preservado de acuerdo a la normatividad vigente y las tablas de retención documental establecidas en la institución	NO SE CUENTA CON LA ESTRUCTURA DEL CONTROL DOCUMENTAL EN CONTEXTO DE SGC	_ Actualizar el cuadro de codificación documental. - Actualizar Tablas de Retención Documental institucional _Codificar los documentos de laboratorio conforme las directrices institucionales	Elaboración y codificacion de 39 documentos. Apertura del proceso de control de calidad en el componente documental
9	El laboratorio evalúa los resultados de su gestión frente a los objetivos y las responsabilidades según su competencia por medio de Indicadores y toma acciones frente a los resultados obtenidos.	INDICADORES DE GESTIÓN. INDICE DE REPORTE Y AGUA POTABLE IRCA/RCAP (reporte calidad de agua) SEGUIMIENTO DE CALIDAD LABORATORIO EXTERNO ESTABLECER INDICADORES DE GESTIÓN CAPACITACIÓN, SERVICIOS DE METROLOGÍA, CAPACITACIONES	_ Definir los indicadores de gestión dentro del estándar organización y gestión del SGC del laboratorio; realizando su respectivo seguimiento y evaluación.	100% Indicadores construidos.
10	El laboratorio implementa y desarrolla una política de Gestión del Riesgo a través de planes para el adecuado tratamiento de riesgos que garantizan el cumplimiento de su misión y objetivos dentro de la organización.	ESTABLECER RIESGOS DE GESTIÓN PARA EL PROCESO CONTROL DE CALIDAD DE AGUA	_Elaborar la matriz de riesgos para el proceso de control de calidad de agua de acuerdo a la politica de gestión del riesgo de la entidad	En el mes de mayo se llevó a cabo la Mesa de Trabajo con los lideres de los procesos para la respectiva revision y actualización del mapa de Riesgos. Se socializó la nueva normatividad de los Riesgos expedida por la Función Pública, se acordó para la proxima reuníón el ánalisis de los Riesgos actualizados.
11	El laboratorio documenta, implementa y desarrolla una estrategia de mejora continua tales como acciones correctivas, preventivas o de mejora.	ACCIONES DE MEJORA Y CORRECTIVAS NO SE CUENTA CON PROCEDIMIENTO O LINEAMIENTO PARA DOCUMENTAR LAS ACCIONES CORRECTIVAS		
12	El laboratorio realiza aseguramiento de la calidad para todas las pruebas que realiza-trazabilidad metrológica (Soporte de actividades metrológicas, como certificación de calibración (proveedor acreditado bajo ISO/IEC 17025, uso de material de referencia o material de referencia certificado)	TRAZABILIDAD METROLÓGICA. PLAN DE METROLOGÍA. MANUAL DE METROLOGÍA SE INDICA LA APLICACIÓN DE OMS SEGÚN CLASIFICACIÓN DE FAMILIAS DE EQUIPOS NO SE CUENTA CON EL CRONOGRAMA DE OMS. MATERIAL DE	_ Estructuración del cronograma de OMS acorde a plan de mantenimiento y manual de metrología; ejecución y seguimiento. _Adquisidor de material de referencia	Creacion de plan metrologico 2021. Adquision de materiald e referencia

		REFERENCIA 0-1-10 NTU 4.0, 7.0 Y 10.0		
13	El laboratorio realiza aseguramiento de la calidad para todas las pruebas que realiza-aseguramiento del método: Esquemas de control de calidad para asegurar la validez del ensayo (controles de kit, material de referencia, de tercera opinión, muestras caracterizadas) *Control de datos de resultado de la medición a través de cartas control.	CONTROL DE CALIDAD INTERNO PRUEBAS: FISICOQUÍMICO Y MICROBIOLOGÍA NO SE CUENTA CON CEPAS CONTROL	_ Estableces los esquemas de control de calidad para asegurar la validez de los ensayos y adquirir material de referencia y cepas de control, y los medio adecuados para su correcta conservación y aislamiento	Avance: 50% Adquision de cepas de control
14	El laboratorio realiza aseguramiento de la calidad para todas las pruebas que realiza-aseguramiento del método: Técnicas analíticas estandarizadas, verificadas o validadas.	VERIFICACIÓN O VALIDACIÓN DE MÉTODOS NO SE TIENE, SE REQUIERE EN EL CASO DE MICROBIOLOGÍA PROFESIONAL CON LA COMPETENCIA	_ realizar la validación o verificación de las pruebas con el personal con la competencia en el componente microbiológico _realizar contratación por nro. de muertas a procesar de profesional en microbiológica para la validación de pruebas	0%
15	El laboratorio realiza aseguramiento de la calidad para todas las pruebas que realizadas Evaluación del desempeño: Participación, desempeño y acciones tomadas (documentadas) en caso de resultados no satisfactorios y cuestionables.	PICCAP. INFORME DE FECHA 16-12-2019 CODIGO 9334 ALUMINIO, HIERRO CUESTIONABLE CLORUROS INSATISFACTORIOS DOCUMENTAR ANÁLISIS DE CAUSAS Y ACCIONES CORRECTIVAS	_ diseñar e implementar el procedimiento estandarizado para el análisis de causas y acciones correctivas en el proceso de participación del laboratorio en el programa PICCAP	_100% INSCRIPCION PICCAP CILO 2021 _20% avance documentacion acciones corrcetivas para Al, Fe y Cloruros
16	El laboratorio cuenta con un procedimiento que defina el contenido y responsabilidades, para la generación, emisión, aprobación y entrega de los informes o reportes de resultados.	EMISIÓN DE RESULTADOS. ANÁLISIS APRENDICES Y AUTORIZA EL PROFESONAL. EL PROFESIONAL ANALIZA Y EMITE AUTORIZACIÓN SE DEBE DEFINIR LOS ROLES DE REVISIÓN Y EMISIÓN PERMANENTES DE ACUERDO CON LA COMPETENCIA TÉCNICA DEL PERSONAL. NO SE	_ Diseñar e implementar el procedimiento estandarizado para la generación, emisión, aprobación y entrega de los informes o reportes de resultados	_20% documento en construcción dentro del Manual del sistema de gestión de calidad

		CUENTA CON EL PROCEDIMIENTO		
17	El laboratorio cuenta con un profesional designado para coordinar y dirigir las actividades desarrolladas por la organización.	COORDINACIÓN ESTRUCTURAR LAS FUNCIONES DEL ALCANCE DEL PROFESIONAL UNIVERSITARIO ASIGNADO NO SE IDENTIFICA ESTE ROL DE COORDINACIÓN	_ Actualizar el manual de funciones de la entidad, incluyendo de dentro de las funciones del profesional universitario, división acueducto la función de coordinación de laboratorio.	_100 % Manual de funciones institucional actualizado
18	El laboratorio cuenta con profesionales, técnicos o tecnólogos, con formación demostrable en cada una de la áreas de su competencia para el desarrollo de los ensayos de análisis de agua para consumo humano	SE CUENTA SOLO CON UN PROFESIONAL SE APOYA CON PASANTES DEL SENA DE LOS CUAL SE DEPENDE SEGÚN EL CONTRATO APRENDIZ DE LA DISPONIBILIDAD DE ESTAS PERSONAS	_ crear el cargo de auxiliar de laboratorio, incluirlo en le presupuesto anual y realizar la contratacion acorde al perfil necesario para adelantar las labores del laboratorio	_100% auxiliar de laboratorio contratado conforme al perfil requerido
19	El laboratorio documenta e implementa los procesos de entrenamiento e inducción técnica para todo el personal que ingresa o cambia de actividad independiente de su modalidad de vinculación.	SE REQUIERE ESTABLECER EL PLAN DE ENTRENAMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PERSONAL DEL LABORATORIO	_Diseñar e implementar el porgrama de inducción, reinduccion y entrenamiento institucional- compoenente laboratorio	_100% porgrama de inducción y entrenamiento del personal de laboratorio, con evidencias de ejecución
20	El laboratorio dispone de personal de apoyo para servicios generales (aseo, mantenimiento general, vigilancia) de sus instalaciones, de forma permanente.	SE CUENTA CON DOS PERSONAS QUE APOYAN ESTAS ACTIVIDADES INDUCCIÓN BIOSEGURIDAD MANIPULACIÓN DE ELEMENTOS EN EL LABORATORIO	_jornadas de caapcitacion e induccion al perosnal de servicios generales sobre bioseguridad y manipulacion de elementos de laboratorio, debidamente documentadas	AVANCE: 50% .Elaboración documento programa de limpieza y desinfección del laboratorio
21	El personal que integra el laboratorio participa en programas de educación continuada o capacitaciones técnicas con periodicidad mínima semestral y evalúa su eficacia.	ACTUALIZAR PLAN DE CAPACITACIÓN A NO SOLO TEMAS MANEJO DE SUSTANCIAS PELIGROSAS INCLUIR OTROS TEMAS PIC INSTITUCIONAL DIAGNOSTICO DE NECESIDADES SE ESTA EN EL DISEÑO DE ESTRATEGIAS	_Plan de capacitacion del laboreatorio aeticulado eon el PIC	_100% articulado con el PIC

22	El laboratorio realiza seguimiento al desempeño técnico con periodicidad definida al personal de laboratorio tanto profesional, técnico o de apoyo al laboratorio, independiente de su modalidad de vinculación.	SE REQUIERE ESTABLECER EL PLAN DE ENTRENAMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PERSONAL DEL LABORATORIO	_Evaluar la ejecucion del porgrama de induccion, reinduccion y entrenamiento componente laboratorio	_100% FORMATOS DE EVALUACION
23	La construcciòn o remodelaciòn de la planta fisica del laboratorio se realizò umpliendo las especificaciones de la norma vigente en sismo resistencia	CONSTRUCCIÓN DEL AÑO 2016 SISMO RESISITENCIA SE REQUIERE HACER PERITAJE CON ALCALDIA	_ Realizarlos tramites necesarios para la evaluacion de sismo resitencia de l edifiico de laboratorio y operativa	_Busqueda en los archivos de planos del laboratorio.
24	Las instlaciones dekl laboratorio estàn distribuidas por secciones o àreas de acuerdo a sus actvidades tècnicas, que son debidamente identificadas con sepracion eficaz en donde se realicen actividades diferentes o incompatibles, para evitar cualquier tipo de contaminaciòn cruzada	SE ENCUENTRAN SEPARADAS ÁREA ADMINISTRATIVA LABORATORIO FISICOQUÍMICO LABORATORIO MICROBIOLOGÍA NO SE CUENTA CON ÁREA PARA RECEPCIÓN DE MUESTRAS	_ adecuar el espacio para recepcion de muestras y para el componente administartivo del laboratorio	AVANCE: 0%
25	El laboratorio realiza registro, seguimieno y control de las condicones ambientales, ademàs mantiene iluminaciòn adecuada para todas las secciones segùn lo requieran los procedimientos o caracterìticas tècnicas de los equipos	NO SE CUENTA CON TERMOHIGROMETROS EN FISICOQUÍMICO Y MICROBIOLOGÍA	_ Adquision e instlacion de termohigrometros _Registro de seguimiento de condiciones ambientales	_100% INSTALACION DE TERMOHIGROMESTROS Y REGISTRO DE CONDICIONES AMBIENTALES
26	El laboratorio cuenta con àreas separadas e independientes para el lavado del material para las àreas de microbiologìa y fisicoquìmico de aguas para consumo humano y otras	ÁREA DE LAVADO Y DESINFECCIÓN EN MICROBIOLOGÍA SE PRESENTA COMO PUNTO DE LAVADO NO COMO ÁREA SEPARADA	_àrea de lavado para el labratorio de microbiologia debidamente implementada	AVANCE :0%
27	Las secciones y àreas tècnicas del laboratorio tiene implementado un sistema de ventilaciòn adecuada	SISTEMAS DE AIRE ACONDICIONADO MANTENIMIENTO DE LOS AIRES ACONDICIONADO FISICOQUÍMICO Y MICROBIOLÓGICO 20-04-2020 EN EL MOMENTO SE ENCUENTRA SIN FUNCIONAMIENTO EN FISICOQUÍMICO	_ Adecuar el sistema de ventilacion del laboratorio fisiocquimico	_100% ambos sitema de ventilacion operando adecuadamente

28	El laboratorio tiene espacios de almacenamiento en condiciones adecuadas para asegurar la continua integridad para todo tipo de muestras que requieran ser almacenadas	ALMACENAMIENTO DE MUESTRAS SE CUENTA CON UNA NEVERA LINEA BLANCA PARA ALMACENAR MUESTRAS JUNTO CON REACTIVOS NO SE LLEVA EL CONTROL DE LA TEMPERATURA 4°C SE REQUIERE SEPARAR ESTE ALMACENAMIENTO Y CONTROLAR LA TEMPERATURA	_adquirir sistema de control de temperatura para la nevera _alamacenar por separado muestras de reactivos _rotular el almacenaje de muestras y reactivois en frio	AVANCE: 40%
29	El laboratorio debe garantizar el suministro continuo de los servicios publicos	AGUA. PLAN DE CONTIGENCIA SUMINISTRO SE REQUIERE DOCUMENTAR COMO SE MANEJARÁ PARA EL LABORATORIO SE TIENE DOCUMENTADO COMO ESTUDIO DE RIESGO PROGRAMAS DE REDUCCIÓN DEL RIESGO Y PLANES DE CONTIGENICA DE LOS SISTEMAS PARA SUMINISTRO DE AGUA DE CONSUMO HUMANO APU-PM-DO-05-01 EN GENERAL PARA ACUEDUCTO ENERGÍA PLANTA ELECTRICA MANTENIMIENTO DE LA PLANTA ELECTRICA CONTRATO 133 DE 2019 TERMINACIÓN 06 ENERO 2020 CONTRATO DE MANTENIMIENTO 002 DE 26 AGOSTO 2020 SE PRESENTA FOTOS DE ACTIVIDADES DE FECHA ABRIL	_ actualizar plan de mantenimiento de equipos con cronograma y hojas de equipos	AVANCE: 0% _PENDIENTE ACTUALIZAR HOJA DE VIDA PLANTA PERKIN Y PROTOCOLO DE ENCENDIDO

30	El laboratorio tiene documentadas las hojas de vida de equipos con datosde identificaciòn, referencia e historial de las operaciones de confirmaciòn metrològica aplicables	HOJA DE VIDA CABINA NO FICHA TÉCNICA NO HAY SERVICIOS PARA LA CABINA HOJA DE VIDA ESPECTOFOTOMETRO SIN REGISTROS DE LOS SERVICIOS SE PRESENTA UNA CALIBRACIÓN EN LA CUAL EL EQUIPO SE RETIRO DEL LABORATORIO FECHA REPORTE 22- JULIO-2020 NO SE REALIZAO VERIFICACIÓN IN SITU CON EL MATERIAL DE REFERENCIA DISPONIBLE	_Actualizar las hojas de vida de cada equipos con los registros de los servicios reaizados en cada uno	AVANCE: 70%. Documentacion de la cabina de bioseguridad y equipos de laboratorio
31	El laboratorio cuenta con manuales de uso o tiene documentado el porcedimiento de manipulaciòn, cuidado y utilizaciòn egura, de cada uno de los equipos, señalando las precauciones que se deben tener en cuenta. Este es conocido y està disponible para el usuario.	MANEJO DE EQUIPOS CABINA SE CUENTA CON DOCUMENTO DEL FABRICANTE NO SE INDICA MANEJO O MANIPULACIÓN MANEJO DE ESPECTOFOTOMETRO IDENTIFICAR DENTRO DEL MANUAL CUAL ES LA INFORMACIÓN QUE REFIERE AL MANEJO DEL EQUIPO	_Consolidar los instructivos institucionales consolidadon los aspectos mas relevantes del manejo de cada equipo del laboratorio	AVANCE: 70% .Fichas PHVA por parametros para manejo de equipo creada,
32	El laboratorio cuenta con un plan metrològico implementado para garantizar el adecuado funcionamiento de los equipos, la confiabilidad y seguridad de las mediciones	PLAN METROLÓGICO 2020 NO CUENTA CON ESTE PLAN DEL AÑO 2020 SE CUENTA CON LA PROYECCIÓN 2021 INCLUIR COMO REFERENCIA A OPERACIONES DE CONFIRMACIÓN METROLÓGICA LO QUE APLICA PARA CALIBRACIÓN Y VERIFICACIÓN (PATRONES CALIBRADOS O MATERIAL DE REFERENCIA SEGÚN APLIQUE)	_Actualizar plan y cronograma de mantenimiento y calibracion de equipos conforme a la aprobacion presupuestal vigencia 2021	SEGUIMIENTO A PLAN Y CRONOGRAMA DE MANTENIMIENTO Y CALIBRACION DE EQUIPOS DE LABORATORIO. AVANCE: 50% : _Calibracion interna con estandares
33	El laboratorio tiene implementado un plan de mantenimientoa sus instalaciones fisicas	MANTENIMIENTO INFRAESTRUCTURA ÚLTIMA ACTIVIDAD PINTURA Y CAMBIO DE LUMINARIAS SE REQUIERE REGISTRO DE ESTAS ACTIVIDADES CON	_ Diseñar e implementar el plan de mantenimiento de las instlaciones fisicas del laboratorio, ajustado a la disponibilidad presupuestal de la empresa	_AVANCE:50%. Cronograma de mantenimiento elaborado y actividades de mantenimiento ejecutadas

		FECHA Y RESPONSABLES A CARGO ASÍ COMO EL RECIBIDO INCLUIR EL LABORATORIO COMO PARTE DEL PLAN DE MANTENIMIENTO DE INFRAESTRUCTURA		
34	Desde la coordinaciòn o direcciòn del laboratorio se asegura que todos los procedimientos o lineamientos incluidos en referencia y contrareferencia son del conocimiento del personal involucrado en la actividad	SE REQUIERE DOCUMENTAR LA SOCIALIZACIÓN DE ESTA ACTIVIDAD CON EL PERSONAL ASIGNADO PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD	Realizar el alistamiento de la documentación requerida para los procesos de capacitación tanto el material didactico como de evidencias de asistencia	_100% Proceso de capacitación. Evidencia listado de asistencia
35	El laboratorio tiene documentado el porcedimiento de cadena de custodia para las muestras que lo requieran de acuerdo a las exigencias de ley	CADENA DE CUSTODIA. DENTRO DEL MANUAL SE INCLUYE CADENA DE CUSTODIA COMO REQUISITOS SE REQUIERE INDICAR EN EL FORMATO LOS ROLES Y RESPONSABILIDADES ASOCIADOS	_Ajustar el procedimiento de cadena de custodioa incluyendo roles y responsabilidades asociados incluyendo la particpación del auxiliar de laboratorio	avance:_50% Elaboracion formatos roles y responsabilidades, formato cadena de custoria Laboratorio
36	El laboratorio tiene establecidos procedimientos para la verificaciòn de la trazabilidad de las muestras	TRAZABILIDAD. IMPLEMENTAR EJERCICIOS DE TRAZABILIDAD DESDE EL RECIBO DE LA MUESTRA HASTA LA ENTREGA DE LOS RESULTADOS	_Diseñar y ejecutar el procedimiento para la verificación de la trazabilida de las muestras	_AVANCE 50%: Formatos elaborados
37	El laboratorio tiene un plan para la gestiòn integral de los residuos o desechos peligrosos generados en sus diferentes secciones y àreas de trabajo ajustado a su grado de complejidad y de acuerdo a la normatividad vigente	PLAN DE MANEJO INTEGRAL DE RESIDUOS SÓLIDOS Y LÍQUIDOS 2020-2023, SIN CÓDIGO SIN FECHA DE APROBACIÓN	_Solicitar la aprobación y Codificación de documentos del Plan de manejo integral de residuos solidos y liquidos 2020-2023	AVANCE: 50%. Documento PGIRS actualizado
38	El laboratorio establce e implementa al ruta sanitaria interna de recoleccion de reiduos peligrosos de acuerdo alos criterios definidos en la Resoluciòn 1164 de 2002	RUTA SANITARIA. SE ENCUENTRA EN EL GTH-PA-DO08-01 EL DOCUMENTO ES ILEGIBLE IMPRESO. SE REQUIERE SEÑALIZAR LA RUTA SANITARIA PARA IDENTIFICACIÓN EN FÍSICO	_Ruta sanitaria publicada en medio fisico y disponible actualizada en medio magnetico	AVANCE: 70%. Elaboración Documento Ruta actualización

39	El laboratorio tiene un cuarto central de acopio para el almacenamiento de residuos que cumple con la dotaciòn mpinima exigida por la normatividad vigente	CUARTO DE ALMACENAMIENTO EL PUNTO DE ROJO ES DENTRO DEL LABORATORIO PARA LOS RESIDUOS SE RETIRAN POR EL PERSONAL DEL LABORATORIO AL CARRO RECOLECTOR EL CUARTO DE EMPOAGUAS PARA DEMÁS RESIDUOS GRIS, AZUL Y ADMINISTRATIVO NO SE ENCUENTRA EN CONDICIONES DE INFRAESTRUCTURA, SEÑALIZACIÓN	_cuarto de acopio central de residuos debidamente dotado y en uso	Se realizó solicitud de adecuación del Cuarto de Acopio a la Subgerencia Operativa y Gerencia
40	El laboratorio diligencia los registros de cuantificaciòn de residuos (RH1)	ANEXO 3 FORMULARIO RH1. FUENTES DE GENERACIÓN Y CLASES DE RESIDUOS SIN DILIGENCIAR	_diligenciar oportunamente el formulario RH1	_AVANCE 80%. REGISTRO RH1 DILIGENCIADO.
41	El laboratorio cuenta con registros o permisos de vertimientos y emisiones atmosfèricas por parte de la autoridad ambiental	VERTIMENTOS. NO SE CUENTA CON EL SOPORTE A NIVEL INTERNO DE EMPOAGUAS	_ elaborar los planos de la red sanitaria del laboratorio_ Independizar la caja de vertimiento del laboratorio _realizar la caracterizacion de vertimientos	_AVANCE:20% PENDIENTE IDENTIFICACION DE CAJAS
42	El laboratorio cuenta con plan de contingencias para el manejo de residuos	PLAN DE CONTIGENCIA. NO HAY PLAN DE CONTIGENCIA SOLO SE CUENTA CON UN RECOLECTOR	_Elaborar e implementar el plan de contingencia para el manejo de residuos en caso de accidente o cualquier eventualidad _Disponer de kit de derrame	AVANCE:20% _ADQUISION DE KIT PARA DERRAME DE SUSTANCIAS QUIMICAS
43	Por el nivel de bioseguridad , las instalacioes del laboratorio deben disponer de duchas, lavamanos y lavaojos, de fàcil acceso para el personal y son funcionales. Si se usan medios para lavado de ojos deben estar vigentes y disponibles.	DUCHAS DE EMERGENCIA LAVAOJOS Se cuenta con una ducha de Diseño no lavaojos a la salida posterior del laboratorio	_ instalar ducha lavaojos en la ducha de seguridad del laboratorio	AVANCE:100% DUCHA LAVAOJOS Y DE EMERGENCIA INSTALADA Y PROCEDIMIENTO INSTALADO
44	El perosnla de laboratorio conoce sus responsabilidades dentro de la Red Nacional de Laboratorios (Decreto 780 de 2016, el cual contiene el Decreto 3518 de 2006, el Decreto 2323 de 2006 y la Resoluciòn 1619 de 2015), el sistema de vigilancia en	RELAB. SOCIALIZACIÓN DEL OBJETIVO DE PERTENECER A LA RED SE SOCIALIZO A LA GERENCIA. NO SE CUENTA CON LA EVIDENCIA DE LA REUNIÓN	_consolidar los procedimientos asociados a la implementacion y socialización del estandar Procesos Prioritarios dentro del sistema de gestion de calidad del laboratorio	AVANCE:100% SOCIALIZACION CON REGISTRO A GERENCIA DE RELAB E INSCRIPCION EXITOSA A RELAB

	salud pùblica y vigilancia y control sanitario (Decreto 1575 de 2007 y sus resolucione sreglamentarias). Aplica para los laboratorios propios del prestador o autorizados			
45	El laboratorio conoce los lineamienos nacionales vigentes de operaciòn y respuesta frente al tema de agua para consumo humano. Aplica para laboratorios proipios del prestador o autorizados	RELAB. SE TIENE USUARIO Y CONTRASEÑA. DOS PERSONAS GERENTE Y COORDINADOR DEL LABORATORIO NO ESTAN FUNCIONANDO. SOLICITAR INFORMACIÓN AL CORREO DE SOPORTE DEL MINISTERIO	_ realizar los respectivos requerimientos de apoyo para solucionar el acceso a del portal de Mi Seguridad Social, para validar el registro	AVANCE: 100% SE CUENTA CON USUARIO Y CONTRASEÑA Y ACCESO A LA PLATAFORMA
46	El laboratorio participa de la asistencia tècnica y asesorìa directa brindada por la Secretaria de Salud - Laboratorio de Salud Pùblica	PARTICIPACIÓN ASISTENCIA TÉCNICA LDSP. SE PARTICIPA EN EL DILIGENCIAMIENTO DE LA ENCUESTA AUTODIAGNOSTICO EN 2019 NO SE TIENE ESTABLECIDO PLAN DE MEJORAMIENTO	Formular plan de mejoramiento e inciar de forma inmediata su ejecución conforme a las actIvidades y plazos establecidos; al igual a que los recursos disponibles. Participar en la jornada de capacitación dirigida a recurso humano del laboratorio de aguas y reponsable del sistema de gestion de calidad, orientada por SSD	AVANCE: 100% . Plan de mejoramiento formulado. Evidencia asistencia capacitación Taller LSPD. Certificado. Evaluación avances plan de mejoramiento 12/07/2021

3. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones:

- El personal a cargo del proceso de Control de Calidad es insuficiente para cumplir las directrices de la Resolución 1619 de 2015. Por la cual se establece el Sistema de Gestión de la Red Nacional de Laboratorios en los ejes estratégicos de Vigilancia en Salud Pública y de Gestión de Calidad y de la Norma NTC-ISO/IEC 17025:2005. Resolución 1229 de 2013.
- A pesar de que solo hasta este año se dio inicio al Proceso Control de Calidad, y se han llevado a cabo la elaboración concertinente a la gestión documental del proceso: 39 documentos generados y codificados, aun es insuficiente la gestión adelantada.
- En cuanto a Infraestructura se requiere avanzar en la obra de ampliación laboratorio microbiológico, adecuar el espacio para recepcion de muestras y para el componente administartivo del laboratorio y el àrea de lavado para el labratorio de microbiología
- En cuanto a la Dotación del Laboratorio se requiere: adquirir sistema de control de temperatura para la nevera. Almacenar por separado muestras de reactivos. Rotular el

almacenaje de muestras y reactivos en frio. actualizar plan de mantenimiento de equipos

RECOMENDACIONES:

- Asignar personal idóneo para continuar con el proceso de Gestión Documental, es decir elaboración de los documentos, formatos, planes, programas conforme a la normatividad establecida para los Laboratorios (Resolución 1229 de 2013, Resolución 1619 de 2015, Norma NTC-ISO/IEC 17025:2005)
- Adelantar las acciones en las adecuaciones locativas que están enmarcadas dentro del Plan de Acción para la presente vigencia.
- Continuar con la dotación de los elementos y equipos que se requieren para su funcionamiento y mantenimiento.

Cordialmente,

RESPONSABLE DEL PROCESO AUDITORIA INTERNA **NORBELY RESTREPO VASQUEZ** Asesora Control Interno de Gestión	
FECHA: Julio 14/2021	