CONCEPTO DE LA APLICACIÓN DE LA HERRAMIENTA DE ESTÁNDARES DE CALIDAD

PORCENTAJE	**55,4%**		
PUNTOS ADICIONALES		**Certificación en ISO 9001, Acreditación de ensayos ISO/IEC 17025**	NO CUMPLE
PUNTAJE FINAL	**55,4%**		

OBSERVACIONES (FORTALEZAS, HALLAZGOS)

FORTALEZAS:

Se evidencia alto compromiso por parte de gerencia .
Se evidencia compromiso por parte del area de calidad en la construccion de documentos

OPORTUNIDAD DE MEJORA:

1. La informe auditoria interna les impidio generar un plan de mejora asociado. Item 1,8
2. Se hace necesario revisar y ajustar las inconsistencias registradas TRD en el diligenciamiento de la disposicion final, y en el diligenciamiento texto de la columna procedimientos. Item 1,9
3. Se recomienda diligenciar el control de inventarios. Item 1,13
4. Se hace necesario establecer un mecanismo con el Laboratorio de Referencia para que se mejore la trazabilidad entre el envío y la recepción de muestras. Item 4,5

HALLAZGOS: (FRENTE A LOS HALLAZGOS EN ESTE ESPACIO CONSIGNADOS SE DEBE LEVANTAR PLAN DE ACCIÓN)

ORGANIZACION Y GESTIÓN

1. No se cuenta con un plan de capacitacion del sistema de gestion de calidad dirigida al personal. Incumpliendo el numeral 1,5
2. Cuenta con una politica de gestion de calidad publicada en la pagina web sin embargo no cuenta con una politica de gestión propia del laboratorio. Incumpliendo el numeral 1,7
3. Se tiene definido como indicador de gestion el IRCA con frecuencia de medicion mensual mediante el formato PE- GPD-MT-04 version 01 fecha 14/032023, y segun lo que se puede evidenciar se registra el dato aportado por la secretaria de salud, en este sentido el indicador planteado no refleja la gestion propia operativa del laboratorio de aguas. Incumpliendo el numeral 1,10
4. Cuentan con 5 riesgos operacionales mediante el documento Matriz de de riesgos y oportunidades PV-CI-MC-MT-01 version 02 fecha 14/03/2023, sin embargo la identificacion de los controles es débil, no corresponde , dificultando el seguimiento para evitar materialización del riesgo. Incumpliendo el numeral 1,11
5. Se verifica plan anual de adquisiciones 2024 en el documento Resolucion PA-GJ-AAJC-FO-01 version 01 fecha 01/01/2023, sin embargo no se ve reflejado la planeación de la contratacion de los servicios de microbiologia, servicios de residuos peligrosos, calibracion y mantenimiento de equipos y de pruebas interlaboratorio. Incumpliendo el numeral 1,12

CONCEPTO DE LA APLICACIÓN DE LA HERRAMIENTA DE ESTÁNDARES DE CALIDAD

6. Red Vital Cuenta con manual de contratacion que es PA-GC-MA-01 version 02 fecha 14/03/2023, regido por derecho privado por ser regimen especial, la necesidad surge de la parte tecnica a partir de la formulacion de los estudios previos, se cuenta con una evaluacion de los proveerdores una vez prestado el servicio, sin embargo no se cuenta con un concepto tecnico para la adquisicion de los insumos a traves de los proveedores.Incumpliendo el numeral 1.14

7. Cuenta con un documento de acciones correctivas y preventivas PV-CI-PR-01 version 02 fecha 14/03/2023, el laboratorio registra en el formato PV-CIMC.FO-01 no conformidades sin embargo este reporte no corresponde a desviaciones del sistema de gestion asociados a la operacion propia del laboratorio, como lo reportado en el mes e Diciembre de 2023, Febrero y Abril de 2024 en donde se informa cambio de ventanas, instalación de internet, entre otros que no están asociados a la genración de informes de resultado en sus fases de análisis. Incumpliendo el numeral 1,15

8. Cuentan con un documento de plan de contingencia del laboratorio de aguas -PTAP PM-SIG-GAM-PL-01 version 01 fecha 14/03/2023, donde se contempla un capitulo procedimientos para emergencias en salud publica sin embargo no describe las acciones a realizar en contingencia. Incumpliendo el numeral 1,16

9. El laboratorio cuenta con un colorímetro con código interno 9385160 que no se encuentra calibrada, fecha de compra 2023-06-01. Cuenta con balanza con fecha de calibración 2024-04-26 certificado no. SEQ-320.
Cuenta con patrones para análisis de turbiedad lote A3079, fecha de vencimiento 2024-06-24. Incumpliendo el numeral 1,18

10. El laboratorio cuenta con procedimientos documentados para turbiedad PM-LAB-POE-02 determinacion de turbiedad, y para color PM-LAB-POE-01 determinacion de color, sin embargo no se ecuentra consignado el esquema de control de calidad para los parámetros alcance de la auditoria. Incumpliendo el numeral 1,19

11. No cuenta con técnicas analíticas estandarizadas, verificadas o validadas. Incumpliendo el numeral 1,20

TALENTO HUMANO

12. Cuenta con personal de apoyo con contrato de aprendizaje en el area de control de calidad de calidad de industria de alimentos, Martha Carolina Rodriguez Rodriguez, con contrato hasta julio de 2024 prorrogable hasta dos años. Sin embargo el apoyo de este personal sólo está asociado a la toma de muestras y no a los procesos del laboratorio. Incumpliendo el numeral 2,3

13. No cuenta con responsables técnicos ni pares técnicos para la revisión, soportes de resultados obtenidos. Incumpliendo el numeral 2,6

14. Cuentan con un documento Plan de Inducción y Reinducción PA-GTH-DC-PL-05 fecha 31/01/2023, donde tiene definido el personal responsable designado para entrenar sin embargo no cuentan con un cronograma estipulado para realizar actividades de reinduccion. El profesional encargado del laboratorio Juan Camilo Chaparro Ruiz cuenta con un documento de empalme PE-SIG-SGC-FO-12 y con una evaluación de la reinducción realizada el 16/09/2023 en procesos administrativos con registro de asistencia PE-SIG-SGC-FO-08, el personal de apoyo aprendiz del SENA no cuenta con registro del proceso de inducción y entrenamiento. si bien es cierto el personal recibe inducción y reindución en procesos administrativos se hace necesario fortalecer el entrenamiento al personal con temas propios del area. Incumpliendo el numeral 2,8

15. No se cuenta con servicio de vigilancia para el Laboratorio , en cuanto a servicios generales se cuenta con dos (02) personas que se rotan en el Laboratorio y asisten unicamente los dias jueves siendo insuficiente para cubrir las necesidades del area. el personal de aseo cuenta con una induccion sobre limpieza y desinfeccion de laboratorio con fecha de 10/04/2023 cuentan con registo de asistencia como soporte PE-SIG-SIG-SGC-FO-08 version 01 fecha 14/03/2023.Incumpliendo el numeral 2,9

CONCEPTO DE LA APLICACIÓN DE LA HERRAMIENTA DE ESTÁNDARES DE CALIDAD
16. El profesional encargado del laboratorio Juan Camilo Chaparro Ruiz cuenta con una evaluacion de desempeño laboral tecnico Red Vital S.A. E.S.P PM-LAB-FO-38 version 01 fecha 14/03/2023 realizada el 11/09/2023, sin embargo la evaluación no corresponde a competencia técnica del profesional.Incumpliendo el numeral 2,11
INFRAESTRUCTURA Y DOTACIÓN
17. No fue posible constatar que las instalaciones del laboratorio cumplen las especificaciones de simo resistencia. Incumpliendo el numeral 3,1
18. El laboratorio cuenta con un área denominada área de laboratorio donde se efectúan los ensayos y procedimientos técniicos, así mismo tiene otro espacio denominado análisis microbiológico en el que se ubica la nevera de almacenamiento de muestras. También cuenta con un área denominda Oficina donde se desarrollan atividades administrativas. El laboratorio no cuenta con una recepción de muestras de aguas de consumo humano. El área técnica tiene superficies que no son de fácil limpieza y desinfección como es el caso de uno de los mesones dispuestos para almacenamiento de elementos e insumos (mesón sin enchapar o frisar).Incumpliendo numeral 3,2
19. El laboratorio realiza registro de temeperatura y humedad en el formato reporte de condiciones ambientales código PM-GAM-FO-01 del 2023-03-14, no se asocian las correcciones reportadas por certificado de calibración. No se hace seguimiento y control de las condicoines ambientales.y tampoco se analiza el impacto frente al uso de las secciones o áreas. Incumpliendo el numeral 3,4
20. Cuenta con ventilación natural que no está provista de mosquiteros. El flujo va desde lo menos contaminado a lo más contaminado.Incumpliendo el numeral 3,7
21. El laboratorio cuenta con nevera de línea blanca para el almacenamiento de muestras dispuestas dentro de un área denominada análisis microbiológico, al momento de la visita se halla apagada, sin sensor de temperatura e histórico de registro de temperatura por lo que no se garantiza la integridad de las muestras. No se cuenta con hoja de vida del equipo. Incumpliendo el numeral 3,8
22. El laboratorio no cuenta con clasificación de colores aplicable a reactivos, No se controlan las condicoines de almacenamiento de los reactivos y se organizan segpun el SGA. El laboratorio tiene un procedimienot de baja de elementos código PA-GRF-ÑR-05 del 2023-03-14.en el que no se describe el lineamiento escogido para la eliminación de reactivos. Incumpliendo el numeral 3,9
23. El archivo documental del laboratorio se realiza en carpetas y cajas según lo establecido por el Archivo General, en un área administrativa, sin embargo no se encuentra debidamente organizado para su acceso y consulta, comparte con otros elementos su conservación. El archivo electrónico se guarda en el drive asociado al correo laboratorio@redvitalpaipa.com cuyo acceso y administración está a cargo del profesional Camilo Chaparro. Incumpliendo el numeral 3.10
24. El laboratorio está provisto de servicios de agua y energía provenientes de la red pública municipal. No se cuenta con planta ni con tanque de reserva de agua. Incumpliendo el numeral 3,11
25. El laboratorio cuenta con formato hoja de vida de equipos de laboratorio código PM-LAB-FO-31 del 2023-03-14, cuenta en su mayoría con el histórico de las ocm, hay algunas hojas de vida diligenciadas en esfero como es el caso de la hoja de vida del equipo multiparámetros y termohigrómetro, se hallan algunas inconsistencias en su diligenciamiento en cuanto a unidades y datos de funcionamiento. No se describen las ocms requeridas y los manuales con los que cuenta el equipo para el caso de colorímetro y termohigrómetro. No se cuenta con hoja de vida de la nevera destinada para el almacenamiento de muestras de agua.Incumpliendo el numeral 3,13

CONCEPTO DE LA APLICACIÓN DE LA HERRAMIENTA DE ESTÁNDARES DE CALIDAD
26. El laboratorio cuenta con un procedimiento denominado calibración y verificación de equipos de medicón código PM-LAB-PR-03 del 2023-03-14, en este se relaciona el formato PM-LAB -FO-11 Programa de calibración de equipos donde aparece el colorímetro serie 601014 con frecuencia anual que desde la fecha de su adquisición (2023-06-01) no tiene calibración. No se describe la necesidad de ocm tales como mantenimiento, verificación o calificación. La nevera para el almacenamiento de muestrasno tiene control de temperatura calibrado en el rango de 2°C a 8°C. Se programan calibraciones por ente acreditado pero se ejecutan por laboratorio trazable siendo inconsistente lo descrito en el procedimiento con la realidad. No se garantiza la seguridad de las mediciones efectuadas con el equipo colorímetro. Incumpliendo el numeral 3,15
27. El laboratorio no cuenta con plan de mantenimiento a sus instalaciones físicas. Incumpliendo el numeral 3,16
28. El Laboratorio no cuenta con línea telefónica ni red de datos que garantice la comunicación. Incumpliendo el numeral 3,17
29. El laboratorio en el área denominada oficina no cuenta con equipo de cómputo institucional. Existe un equipo de cómputo según lo manifiesta el profesional Camilo Chaparro, en la sede administativa de red vital para fines admiistrativos del laboratorio con hoja de vida de equpos de cómputo código PA-GCOM-FO-03 sin datos de identificación cómo serie o código inerno. Tlene mantenimiento preventivo vigente del 2023-11-11. No se evidencia la existencia de una programación defininda para el mantenimiento, actualizaicón y protección de software. Incumpliendo el numeral 3,18
30. El laboratorio tiene un procedimiento denominado administración de dispositivos de redes y comunicaciones código PA-GCOM-PR-04 DEL 2023-03-14, este no define responsabilidades y niveles de acceos para el manejo de la información y el manejo de la información para su almacenaniento. El procedimiento seguridad lógica y políticas código PA-GCOM-PR-06 DEL 2023.03-14 No define responsabilidades y niveles de acceso a la información, describe genéricamente el acceeso a esta. Los accesos se dan de acuerdo al manual de funciones. Incumpliendo el numeral 3,19
BIOSEGIRIDAD Y MANEJO DE RESIDUOS
31. El laboratorio no realiza disposición de los residuos líquldos generados, siendo descartados en la cañaería. El laboratorio cuenta con cuarto de almacenamiento de residuos peligrosos en el cual se encuentran dos contenedores biosanitarios tipo pedal que no se encuentran rotulados, ni señalización de peligrosidad de los residuos generados. Incumpliendo el numeral 5,6
32. El laboratorio no cuenta con contrato vigente de gestor externo RESPEL. Su último contrato tiene como fecha de finalización 2024-02-05. Incumpliendo el numeral 5,8
33. El laboratorio cuenta con documento PM-SIG-GAM-PL-02 PLAN DE GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUIOS SÓLIDOS Y RESIDUOS PELIGROSOS PGIRS- RESPEL - LABORATORIO - PTAP, sin embargo en el no se encuentra consignado las rutas sanitarias para la recolección de residuos. Incumpliendo el numeral 5,10
34. El laboratorio cuenta con un cuarto de almacenamiento temporal de residuos peligrosos, sin embargo los contenedores no se encuentran rotulados, no cuenta con báscula para el pesaje de los residuos generados. Incumpliendo el numeral 5,11
35.Los residuos generados no se encuentran rotulados con tipo de residuo, lugar de origen, fecha de recolección y responsable del procedimiento.Incumpliendo el numeral 5,12
36. Al momento de la visita no se evidencia el registro ningún formato RH1 de cuantificacion de residuos. Incumpliendo el numeral 5,13

CONCEPTO DE LA APLICACIÓN DE LA HERRAMIENTA DE ESTÁNDARES DE CALIDAD

37. El laboratorio no cuenta con caracterización de agua residual. Incumpliendo el numeral 5,14

PROCESOS PRIORITARIOS

38. El Laboratorio desconoce el enfoque de riesgo para la implementación o reporte de monitoreo de parámetros de reisgo potencial para la salud pública.Incumpliendo el numeral 6,4

39. El laboratorio no realiza cargue, al momento de la visita no se evidencio ningún soporte de cargue a SUI, ademas manifiestan realizar solo el cargue de fisicoquímico pero no adjuntaron ninguna evidencia. Incumpliendo el numeral 6,11

DEBILIDADES:

No cuenta con personal de servicios generales de vinculacion permanente.Fortalecimiento en el área de fisicoquímico de aguas debido a que se encuentra en las mismas circunstancias que en la visita pasada, no se observa ningún avance con respecto a la validación de métodos, en la parte documental no se encuentra descrito el control de calidad
La disposición y organización de la documentación tanto en medio físico como digital, no se facilita la consulta y fomenta la duda.

CONCEPTO FINAL

CUMPLE			
NO CUMPLE	x		
CIERRE TEMPORAL DE AREA		Cual (es) área (s)?:	
		Fisicoquímicos:	
		Microbiológicos:	
		Otra	Cual?
SUSPENSIÓN DE METODOLOGÍA	PENDIENTE		

A expensas de la evidencia de gestión administrativa plazo 15/05/2024 para la calibración del equipo multiparámetro de análisis fisicoquímicos.

TOMA MEDIDA SANITARIA

NO APLICA		APLICA	Identifique la situación a la que aplica:
		Calificación inferior al 30% en la primera visita de verificación	
		Calificación menor al 80% en visita de cumpplimiento.	

CONCEPTO DE LA APLICACIÓN DE LA HERRAMIENTA DE ESTÁNDARES DE CALIDAD

Otra [ ] Cual? _____

COMPROMISOS LABORATORIO VISITADO

COMPROMISO	RESPONSABLE	FECHA DE ENTREGA
Elaboración y envío del plan de mejora en un periodo no superior a 30 días calendario a la cuenta de correo electrónico mabel.medina@boyaca.gov.co.	Yeison Rokney Torres Suarez	11/06/2024

CONCEPTO DE LA APLICACIÓN DE LA HERRAMIENTA DE ESTÁNDARES DE CALIDAD

COMPROMISOS ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD - LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA

COMPROMISO	RESPONSABLE	FECHA PROYECTADA
Revisión de las evidencias y seguimiento al plan de mejora allegado por parte del prestador (RED VITAL)	Auditor Lider - Mabel Idaliana Medina Alfonso	Según lo previsto en el plan de mejora allegado por el prestador.

En constancia firman:

NOMBRE	CARGO/ENTIDAD	FIRMA
YEISON ROKNEY TORRES SUAREZ	REPRESENTANTE LEGAL	
JUAN CAMILO CHAPARRO RUIZ	LIDER LABORATORIO	
ANDEW MASAMI ASAKURA GARCIA	LIDER CALIDAD	
MABEL IDALIANA MEDINA ALFONSO	PROFESIONAL UNIVERSITARIO DE DIRECCIÓN Y	
MÓNICA ALEJANDRA FERNÁNDEZ	PROFESIONAL EXTERNO SECRETARIA DE SALUD	
ELIANA MARCELA NIÑO	PROFESIONAL EXTERNO SECRETARIA DE SALUD	
HERMES DARIO FUENTES	PROFESIONAL EXTERNO SECRETARIA DE SALUD	
DANIEL DAVID JEREZ	PROFESIONAL EXTERNO SECRETARIA DE SALUD	

HERRAMIENTA DE VERIFICACIÓN DE ESTÁNDARES DE CALIDAD EN SALUD PÚBLICA
LABORATORIOS DE ANALISIS FISICO QUIMICO Y MICROBIOLOGICO DE AGUAS

DATOS DE LA VISITA DE VERIFICACION DE ESTANDARES

Fechas de la visita	6,7 Y 10 DE MAYO DE 2024

DATOS DE LA INSTITUCION QUE RECIBE LA VISITA

Nombre del laboratorio	RED VITAL PAIPA S.A E.S.P
Ciudad	PAIPA
Departamento	BOYACÁ
Razón social/NIT	900259348-5
Dirección	km 1 vía Franciso Montaña
Teléfono (s)	3208585284 - 3224573993
correo electrónico	redvital@redvitalpaipa.com - plantas@redvitalpaipa.com
Nombre del Representante legal o coordinador	YEISON ROKNEY TORRES SUAREZ
Nombre del acueducto (laboratorio de control)	RED VITAL PAIPA SA ESP

El Laboratorio es propio del prestador (acueducto) para realizar los análisis para el control de la calidad del agua para consumo humano de la red de distribución	SI	X
	NO	
El Laboratorio en el momento de la visita realiza análisis de control de la calidad del agua para consumo humano de la red de distribución del acueducto (autorizado por el Ministerio de Salud y Protección Social)	SI	
	NO	
El Laboratorio en el momento de la visita realiza análisis para particulares	SI	
	NO	

HERRAMIENTA DE VERIFICACIÓN DE ESTÁNDARES DE CALIDAD EN SALUD PÚBLICA
LABORATORIOS DE ANALISIS FISICO QUIMICO Y MICROBIOLOGICO DE AGUAS

DATOS DE LA VISITA DE VERIFICACION DE ESTANDARES

Especifique el tipo de análisis que realiza el laboratorio:	Fisicoquímicos:	X	Características adicionales definidas en mapa de riesgo o exigido por autoridad sanitaria	
	Microbiológicos:		Cuál o Cuales?	

DATOS DE LA INSTITUCION QUE REALIZA LA VISITA

Nombre	Cargo	Entidad
MABEL IDALIANA MEDINA ALFONSO	PROFESIONAL DE DIRECCIÓN Y PREVENCIÓN	GOBERNACIÓN DE BOYACÁ
MONICA ALEJANDRA FERNANDEZ	PROFESIONAL EXTERNO	GOBERNACIÓN DE BOYACÁ
ALEXANDRA MURCIA	PROFESIONAL EXTERNO	GOBERNACIÓN DE BOYACÁ
ELIANA NIÑO	PROFESIONAL EXTERNO	GOBERNACIÓN DE BOYACÁ
HERMES DARIO FUENTES	PROFESIONAL EXTERNO	GOBERNACIÓN DE BOYACÁ
DANIEL DAVID JEREZ	PROFESIONAL EXTERNO	GOBERNACIÓN DE BOYACÁ

HERRAMIENTA DE VERIFICACIÓN DE ESTÁNDARES DE CALIDAD

1.ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN

Comprenden aquellos aspectos administrativos y de gestión que hacen referencia al funcionamiento y los procesos que garantizan la realización de todas las actividades correspondientes al quehacer de los laboratorios, con eficiencia, calidad y oportunidad

Si el laboratorio cuenta con acreditación en ensayos fisicoquímicos o microbiológicos bajo la norma NTC ISO/IEC 17025 en los intervalos de medición en el contexto de la resolución 2115:2007, puede colocar cumple en los siguientes ítems: 1.3; 1.4; 1.5; 1.6; 1.7; 1.8; 1.9; 1.15; 1.16; 1.18; 1.19; 1.20; 1.21; 1.22; 1.23; 1.24 y 1.25. Para los ensayos que no se encuentren en el alcance de acreditación o por fuera de los intervalos de medición se deben evaluar los siguientes ítems: 1.19; 1.20; 1.21; 1.22; y 1.23
Si el laboratorio cuenta con certificación de su sistema coloque aplica a los siguientes ítems: 1.4; 1.5; 1.6; 1.7; 1.8; 1.9; 1.15 y 1.16

COD	TIPO	REQUISITO	MODO DE VERIFICACIÓN	EVALUACIÓN			OBSERVACIONES	PUNTAJE
				C	NC	NA		
1.1	A	El laboratorio está legalmente constituido o es una parte definida de una institución mayor	Verificar la documentación donde soporte su constitución legal	X			El laboratorio fue creado mediante el acuerdo 006 por el cual se modifica la planta de cargos, la escala salarial organigrama institucional contenidos en el acuerdo n° 004 del 26 de diciembre de 2008, 006 del 28 de junio de 2011 y 002 del 30 de enero de 2012, y fue actualizado bajo la resolucion 123 del 2023. 3.4 laboratorio.	
1.2	A	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. Para laboratorios propios del prestador o autorizados por el MSPS acorde a la Resolución 2115 de 2007 o la norma que la reemplace o sustituya	Se debe verificar que se encuentre documentado e implementado un sistema de gestión de la calidad (SGC) enfocado a la mejora continua de todos sus procesos y acorde a lo estipulado en la Resolución 2115:2007 (según aplique) Verificar portafolio de servicios	X			Cuenta con implementacion de gestion de calidad bajo la ISO 9001 de 2015, el sistema no se encuentra adoptado por acto administrativo ni armonizado a MIPG, sin embargo cuenta con certificado por ICONTEC en Diciembre de 2023.	3
1.3	A	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.	El Laboratorio debe estar representado en el organigrama propio o de la institución de la cual dependa el laboratorio O se evidencia el organigrama en el manual de calidad o información documentada	X			El laboratorio cuenta con estructura organizacional dentro del sistema integrado de gestion PE-GD-OD-02 version 02 con fecha de aprobacion 15/09/2023 es una dependencia a cargo de la subgerencia operativa de la entidad	3
1.4	A	El laboratorio tiene los procedimientos técnicos, administrativos o de gestión de las pruebas realizadas desde la toma de muestras, procesamiento y emisión de resultados, documentados y aprobados. Para laboratorios propios del prestador o autorizados por el MSPS acorde a la Resolución 2115 de 2007 o la norma que la reemplace o sustituya	El laboratorio cuenta con documentos que registran procedimientos técnicos, administrativos o de gestión empleados en cada una de las secciones que lo conforman, verificar como se encuentra organizado de acuerdo al SGC implementado en el laboratorio. Tener en cuenta la exclusión de procedimientos de toma de muestra cuando el laboratorio es contratado solamente para realizar ensayos y no son responsables de la toma de muestras.	X			Cuenta con un manual de calidad de laboratorio de aguas PM-LAB-MAB-01, Version 02 14/03/2023 en el que se describe la estructura documental de la entidad , cuenta con 6 procedimientos de gestión de laboratorio por ejemplo Calibracion y verificacion de equipos de medición PM-LAB-PR-03 fecha 14703/2023 y el de Limpieza y desinfeccion del laboratorio PM-LAB-PR-01 fecha 14/03/2023 y 20 Procedimientos operativos por ejemplo Determinacion de color PM-LAB-POE-01 version 03 fecha 14/03/2023, Determinacion de turbiedad PM-LAB-POE-02 version 03 fecha 14/03/2023.	3
1.5	A	Desde la coordinación o dirección del laboratorio se desarrollan las actividades necesarias para garantizar que la totalidad del recurso humano del laboratorio conoce, comprende e implementa los procesos, programas, procedimientos y documentación del SGC	Solicitar evidencias de actividades de capacitación y apropiación del conocimiento que ha tenido el personal con respecto al sistema de gestión de la calidad, los documentos del SGC deben estar disponibles para el personal que labora en el laboratorio.		X		No se cuenta con un plan de capacitacion del sistema de gestion de calidad dirigida al personal.	0

HERRAMIENTA DE VERIFICACIÓN DE ESTÁNDARES DE CALIDAD

1.ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN

Comprenden aquellos aspectos administrativos y de gestión que hacen referencia al funcionamiento y los procesos que garantizan la realización de todas las actividades correspondientes al quehacer de los laboratorios, con eficiencia, calidad y oportunidad

1.6	A	Desde la dirección o coordinación del laboratorio se garantiza la implementación de información documentada que describa el sistema de gestión de la calidad.	Revisar en el contenido la información documentada que describa como mínimo: Alcance, definición de responsabilidades, política y objetivos de calidad, estructura de la documentación, seguimiento y medición, análisis de datos y control de registros	X			Aunque cuenta con un manual de calidad de laboratorio de aguas PMI-LAB-MAB-01, Version 02 en donde se cuenta con plataforma estratégica de la entidad sin embargo la política y objetivos de calidad son generales a la organización, se hace necesario contar con una plataforma que refleje lo asociado de forma especifica a la operación del laboratorio.	3
1.7	A	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.	El laboratorio debe tener una política de gestión de la calidad del laboratorio emitida por la alta dirección o coordinación del laboratorio que defina aspectos básicos como: apropiada a la organización, mejora continua, cumplimiento de requisitos de los clientes.		X		Cuenta con una politica de gestion de calidad publicada en la pagina web sin embargo no cuenta con una politica de gestión propia del laboratorio	0
1.8	A	El laboratorio tiene definido dentro del sistema de gestión de calidad un procedimiento implementado de auditorias internas y toma de acciones frente a los resultados obtenidos.	El laboratorio debe contar con procedimiento de auditoria y sus respectivos registros como :programa de auditoria, plan de auditoria, Informe de auditoria y los registros de las acciones correctivas con su correspondiente seguimiento.	X			Cuenta con un procedimiento de auditoria interna PV-CI-MC-PR-01 version 02 fecha 14/03/2023, y programa anual de auditoria interna PV-CI-AI-PRO-01 version 01 fecha 14/03/2020 para el año 2023 quedo programada la auditoria interna por un agente externo a favor de Juan Martin Piñeros Naranjo a traves de la orden especial de servicios 149 de 2023 mediante un objeto "solicitud del servicio especializado de la auditoria interna para los proceso de acueducto, alcantarillado, aseo, laboratorio, y gestion documental por medio de un externo que no cuenta en su formación con auditoria interna certificada para la empressa de servicios publicos Red Vital Paipa S.A E.S.P. se verifica el informe de auditoria interna entregado, la calidad del informe les impidio generar un plan de mejora asociado, sin embargo, la entidad cuenta con un ejercicio de pre auditoria del cual se generaron accciones en el plan de Mejora Institucional PV-CI-MC-FO -05	3
1.9	B	El laboratorio realiza control documental del archivo físico y magnético preservado de acuerdo a la normatividad vigente y las tablas de retención documental establecidas y aprobadas en la institución	Los documentos y archivos del laboratorios deben ser preservados según normatividad vigente (Tabla de retención documental). Ley 594 de 2000, acuerdos y circulares vigentes, decreto 1080 de 2015 (según aplique)	X			Cuenta con tablas de retencion documental RG-GD-020 version 01 fecha 09/07/2019 mediante la resolucion 170 de 2021 de 15 de diciembre de 2021 por medio de la cual se aprueban y se adoptan las tablas de retencion documental de la empresa Red Vital, de acuerdo al Manual de procesos y procedimientos RG-GD-022 version 1 fecha 09/07/2019 se hace necesario revisar y ajustar las inconsistencias registradas en el diligenciamiento de la disposicion final. y en el diligenciamiento texto de la columna procedimientos.	2
1.10	A	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.	Los indicadores de gestión son la expresión cuantitativa del comportamiento y desempeño de un proceso que se compara con el nivel de referencia e indica si están obteniendo los resultados esperados, de acuerdo a los objetivos misiones. Verificar ficha técnica, seguimiento, análisis y acciones de mejora		X		Se tiene definido como indicador de gestion el IRCA con frecuencia de medicion mensual mediante el formato PE-GPD-MT-04 version 01 fecha 14/032023, y segun lo que se puede evidenciar se registra el dato aportado por la secretaria de salud, en este sentido el indicador planteado no refleja la gestion propia operativa del laboratorio de aguas.	0

HERRAMIENTA DE VERIFICACIÓN DE ESTÁNDARES DE CALIDAD

1.ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN

Comprenden aquellos aspectos administrativos y de gestión que hacen referencia al funcionamiento y los procesos que garantizan la realización de todas las actividades correspondientes al quehacer de los laboratorios, con eficiencia, calidad y oportunidad

1.11	B	El laboratorio Implementa y desarrolla una política del Gestión del Riesgo para el adecuado tratamiento de riesgos que garantizan el cumplimiento de su misión y objetivos dentro de la organización.	Se debe verificar que el laboratorio tiene identificados, clasificados, y actualizados los posibles riesgos que se presenten acorde al SGC (ISO 9001/ISO IEC17025) además de los lineamientos nacionales (Ley 1474:2011 y MIPG según aplique) Verificar que el laboratorio cuenta con una metodología para la identificación, análisis, valoración, tratamiento y seguimiento a los riesgos.		X		Cuentan con 5 riesgos operacionales mediante el documento Matriz de de riesgos y oportunidades PV-CI-MC-MT-01 version 02 fecha 14/03/2023, sin embargo la identificacion de los controles es débil, no corresponde , dificultando el seguimiento para evitar materialización del riesgo.	0
1.12	A	El laboratorio planifica y hace seguimiento a los procesos contractuales para garantizar: talento humano, dotación y mantenimiento de equipos, capacitaciones, gestión de residuos, reactivos, materiales de referencia, e insumos suficientes para realizar las actividades requeridas en sus actividades misionales.	En la planeación anual de actividades, se deben evidenciar los requerimientos de reactivos, equipos, insumos necesarios para la ejecución de sus actividades durante un periodo establecido de tiempo.		X		Se verifica plan anual de adquisiciones 2024 en el documento Resolucion PA-GJ-AAJC-FO-01 version 01 fecha 01/01/2023, sin embargo no se ve reflejado la planeación de la contratacion de los servicios de microbiologia, servicios de residuos peligrosos, calibracion y mantenimiento de equipos y de pruebas interlaboratorio.	0
1.13	A	El laboratorio mantiene un control de inventario de reactivos, insumos y materiales empleados en la realización de los ensayos.	Solicitar los procedimientos de recepción y almacenamiento de insumos, reactivos y materiales consumibles que se requieren para los ensayos y el control de calidad y verificar como se controlan sus vigencias.	X			Cuenta con un documeto de control de inventarios PM-LAB-FO-12 version 02 sin embargo a la fecha no se encuentra diligenciado , se verifican reactivos Buffer solution Hardeness 1 ph 10.1 casa comercial HACH con fecha de vencimiento marzo-2025 cuenta con ficha tecnica con fecha de revision 14/02/2023 version 3.2 y certificacion de analisis , Phenolphtaleine indicateur poudre casa comercial HACH fecha de vencimiento marzo-2025 cuenta con ficha tecnica con fecha de revision 14/02/2023 version 5.21 y certificacion de analisis , Reativo de cloro libre DPD fecha de vencimiento febrero -2028 cuenta con ficha tecnica fecha de revision 22/04/2025 y certificacion de analisis, no cuenta con un procedimiento de recepcion de insumos, reactivos y materiales consumibles que permita establecer la verificación técnica y de integridad de los reactivos e inumos que ingresan al Laboratorio. Se recomienda diligenciar el control de inventarios.	3
1.14	B	El laboratorio participa en la evaluación técnica que se realiza para la compra de insumos, reactivos, materiales, servicios y equipos necesarios para su funcionamiento.	Verificar que los procesos de adquisición de insumos, reactivos materiales y equipos que sean usados en el laboratorio cuenten con el concepto técnico de la dirección o coordinación del laboratorio, o la persona que este delegue para la evaluación.		X		Red Vital Cuenta con manual de contratacion que es PA-GC-MA-01 version 02 fecha 14/03/2023, regido por derecho privado por ser regimen especial, la necesidad surge de la parte tecnica a partir de la formulacion de los estudios previos, se cuenta con una evaluacion de los proveerdores una vez prestado el servicio, sin embargo no se cuenta con un concepto tecnico para la adquisicion de los insumos a traves de los proveedores.	0

HERRAMIENTA DE VERIFICACIÓN DE ESTÁNDARES DE CALIDAD

1.ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN

Comprenden aquellos aspectos administrativos y de gestión que hacen referencia al funcionamiento y los procesos que garantizan la realización de todas las actividades correspondientes al quehacer de los laboratorios, con eficiencia, calidad y oportunidad

1.15	B	El laboratorio documenta, implementa y desarrolla una estrategia de mejora continua tales como acciones correctivas o de mejora y trabajo no conforme	Se debe verificar que el laboratorio tiene identificadas y documentadas las acciones correctivas y de mejora que se presenten por diferentes fuentes (indicadores, auditorias, desempeño pruebas de aptitud, seguimiento cartas control, entre otras) incluyendo los riesgos asociados a los temas técnicos, sanitarios y ambientales.		X		Cuenta con un documento de acciones correctivas y preventivas PV-CI-PR-01 version 02 fecha 14/03/2023, el laboratorio registra en el formato PV-CIMC.FO-01 no conformidades sin embargo este reporte no corresponde a desviaciones del sistema de gestion asociados a la operacion propia del laboratorio, como lo reportado en el mes e Diciembre de 2023, Febrero y Abril de 2024 en donde se informa cambio de ventanas, instalación de internet, entre otros que no están asociados a la genración de informes de resultado en sus fases de análisis	0
1.16	A	El laboratorio tiene definidos planes de contingencia interna frente a emergencias sanitarias y/o catástrofes naturales para el funcionamiento del mismo, en cuanto a designación de suplentes para funciones clave, remisión de ensayos a otros laboratorios (solo aplica para laboratorios propios del prestador o autorizados para el control por el Ministerio de Salud y Protección Social).	Deben existir los documentos que evidencien planes de contingencia para emergencias, especificando causas para que dicho plan se active, definiendo flujograma de actividades, procedimientos y responsables para cada caso, especificando la articulación del mismo con los actores involucrados.		X		Cuentan con un documento de plan de contingencia del laboratorio de aguas -PTAP PM-SIG-GAM-PL-01 version 01 fecha 14/03/2023, donde se contempla un capitulo procedimientos para emergencias en salud publica sin embargo no describe las acciones a realizar en contingencia.	0
1.17	A	El laboratorio asegura la confidencialidad de los resultados obtenidos en el proceso analítico.	Se verificarán documentos y procedimientos a través de los cuales se garanticen la confidencialidad de la información por medio de acuerdos legalmente ejecutables. Tener en cuenta dar alcance a personal externo. Tener en cuenta que los resultados podrán ser de interés para las autoridades reglamentarias que lo requieran.	X			Cuentan con una politica de confidencialidad e imparcialidad plasmada en el manual de calidad del laboratorio de agua potable PM-LAB-MA-01 version 02 fecha 14/03/2023, y un acta de confidencialidad PM-LAB-FO-01 version 02 fecha 14/03/2023, se verifica las actas de confidencialidad PM-LAB-FO-01 version 01 fecha 14/03/2023 donde se evidencia la participacion del personal que asiste al laboratorio.	3
1.18	A	El laboratorio realiza aseguramiento de la calidad para todas las pruebas que realiza-**trazabilidad metrológica**	Se garantiza trazabilidad en mediciones físicas (calibraciones con proveedor acreditado ISO/IEC 17025 incluyendo patrones físicos de trabajo para verificaciones internas), mediciones químicas material de referencia certificados en 17034, materiales de referencia internos)		X		El laboratorio cuenta con un colorímetro con código interno 9385160 que no se encuentra calibrada, fecha de compra 2023-06-01. Cuenta con balanza con fecha de calibración 2024-04-26 certificado no. SEQ-320. Cuenta con patrones para análisis de turbiedad lote A3079, fecha de vencimiento 2024-06-24	0
1.19	A	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 de los resultados (controles de kit, material de referencia, de tercera opinión, muestras caracterizadas, implementación de cartas control)	El laboratorio cuenta con esquemas de control de calidad para asegurar la validez de los resultados (controles de kit, material de referencia, de tercera opinión, muestras caracterizadas) las dos últimas pueden aplicar para microbiología de aguas. *El laboratorio garantiza que se controlan los datos resultados de la medición.		X		El laboratorio cuenta con procedimientos documentados para turbiedad PM-LAB-POE-02 determinacion de turbiedad, y para color PM-LAB-POE-01 determinacion de color, sin embargo no se ecuentra consignado el esquema de control de calidad para los parámetros alcance de la auditoria.	0

HERRAMIENTA DE VERIFICACIÓN DE ESTÁNDARES DE CALIDAD

1.ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN								
Comprenden aquellos aspectos administrativos y de gestión que hacen referencia al funcionamiento y los procesos que garantizan la realización de todas las actividades correspondientes al quehacer de los laboratorios, con eficiencia, calidad y oportunidad								
1.20	A	El laboratorio realiza aseguramiento de la calidad para todas las pruebas que realiza- **aseguramiento del método:** Técnicas analíticas estandarizadas, verificadas o validadas.	El laboratorio cuenta con técnicas analíticas estandarizadas, verificadas o validadas.		X		No cuenta con técnicas analíticas estandarizadas, verificadas o validadas.	0
1.21	A	El laboratorio realiza aseguramiento de la calidad para todas las pruebas que realiza - **Control de datos:** Custodia de datos, transferencia (quien verifica datos lo hace contra datos primarios), conclusiones o interpretaciones adecuadas, verificaciones aleatorias de cálculos, definición de número de cifras significativas para los resultados, los equipos que arrojan datos están controlados, las hojas de cálculo son protegidas verificadas manualmente, se controla acceso al área, lineamientos de diligenciamiento, conservación y legibilidad de registros.	Verificar que el laboratorio disponga de mecanismos que le permitan control de la información empleada para la generación de los informes de resultados	X			El laboratorio cuenta con procedimientos PM-LAB-POE-02 DETERMINACIÓN DE TURBIEDAD, PM-LAB-POE-01 DETERMINACIÓN DE COLOR donde en su item 11. REPORTE DE CIFRAS DE SIGNIFICATIVAS, 18. DATOS Y CÁLCULOS.	3
1.22	A	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.	Verificar que se participe programas de Interlaboratorio o Ensayos de aptitud. Verificar que el laboratorio se encuentre inscrito en el PICCAP, participe y cuente con resultados de las los correspondientes envíos. Verificar que el laboratorio realice un análisis y toma de acciones cuando se evidencien desviaciones en los resultados de la participación	X			Se realiza revisión de informe PICCAP 2023-2 donde se encuentra satisfactorio para Alcalinidad, Cloruros, Color, Conductividad, Dureza Total, Fosfatos, Hierro, Nitratos, pH, Sulfatos, Turbiedad.	3
1.23	A	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 así como la directrices para la protección de los resultados emitidos de manera directa (impreso) o indirecta (vía electrónica, vía telefónica)	Verifique si los reportes emitidos contiene lo declarado en el procedimiento El laboratorio tiene estandarizado el reporte de resultados El laboratorio tiene definido el canal de comunicación para la transmisión y reporte de resultados de forma escrita y por vía electrónica, además de registrar los reportes que se suministran por vía telefónica.	X			Se realia revisión de procedimiento PM-LAB-PR-04 REPORTE DE INFORMES Y ENTREGA DE RESULTADPS, y Formato PM-LAB-FO-29 INFORME DE RESULTADOS TOMA DE MUESTRAS DE AGUA. fecha de 2024-03-19 donde se realizó análisis de color, turbiedad, pH, CRL, Alcalinidad, conductividad, fosfatos, manganeso, dureza, sulfatos, hierro, nitratos, nitritos, aluminio.	3

HERRAMIENTA DE VERIFICACIÓN DE ESTÁNDARES DE CALIDAD

2.TALENTO HUMANO

Son aquellos requisitos inherentes a las políticas de personal, descripción de puestos de trabajo, y criterios que demuestren la competencia del talento humano que labora en el laboratorio

Si el laboratorio cuenta con acreditación en ensayos fisicoquímicos o microbiológicos en la norma NTC ISO/IEC 17025 puede colocar cumple en los siguientes ítems: 2.1; 2.4; 2.5; 2.6; 2.8; 2.10 y 2.11.
Para los ensayos que no se encuentren en el alcance de acreditación se deben evaluar los siguientes ítems: 2.4; 2.8; 2.10 y 2.11

COD	TIPO	REQUISITO	MODO DE VERIFICACIÓN	EVALUACIÓN			OBSERVACIONES	PUNTAJE
				C	NC	NA		
2.1	A	El Laboratorio cuenta con manual de perfiles de puestos de trabajo, con el personal administrativo, técnico y profesional, con el debido nivel de competencia para el desarrollo de las funciones asignadas de acuerdo al cargo. Adicionalmente la institución debe contar con un documento que de cuenta de la gestión de personal donde se reflejen los roles y responsabilidades del sistema de gestión de	El laboratorio debe contar con un documento de perfiles de cargos que garantice el cumplimiento de todas las actividades misionales definidas por norma o lineamientos nacionales. Debe estar documentado el perfil del cargo/rol, responsabilidad y autoridad	X			Segun el acuerdo 003 del 2022 por medio de la cual se derega el acuerdo n° 004 de 2017 y acuerdo n° 002 de 2019 y se ajusta la estructuras organica de Red Vital, se definen funciones a sus dependencias y se dictan otras disposiciones.	3
2.2	A	El laboratorio cuenta con un profesional designado para coordinar y dirigir las actividades desarrolladas por la organización.	Verificar que el laboratorio cuenta con un profesional que está encargado de la coordinación del laboratorio y de la gestión administrativa que garantice todas las actividades misionales. Tener en cuenta Ley 53 de 1975, decreto 2616 de 1982, circular informativa No. 001 de 2019 "Información sobre la dirección de los laboratorios químicos" y conceptos y conceptos del Consejo Profesional de Química Colombia para laboratorios que realicen análisis físico químicos y la Ley 841 de 2003, Ley 1193 de 2008 y conceptos del Colegio Nacional de Bacteriólogos para los laboratorios de ensayos microbiológicos de aguas. Tener en cuenta que en el país son homólogos de los bacteriólogos, los bacteriólogos y laboratoristas clínicos y microbiólogos y bioanalístas. Para el sector público tener en cuenta lo contemplado en el decreto 1083:2015 Decreto único reglamentario del sector de función pública según aplique Tener en cuenta lo estipulado en el manual de funciones de la	X			El profesional Juan Camilo Chaparro Ruiz ingeniero quimico se encuentra a cargo de la coordinacion mediante contrato individual de trabajo desde junio de 2023	3
2.3	A	El personal que realiza tareas específicas en el área administrativa y de apoyo al laboratorio, está calificado sobre la base de una formación y experiencia apropiada, demostradas según el cargo lo requiera.	Verificar la documentación que aparece en la hoja de vida, para el personal auxiliar de apoyo a la actividad analítica y se deben ajustar las especificaciones a las normas vigentes. Tener en cuenta lo estipulado en el manual de funciones de la institución y el documento de gestión de personal		X		Cuenta con personal de apoyo con contrato de aprendizaje en el area de control de calidad de calidad de industria de alimentos, Martha Carolina Rodriguez Rodriguez, con contrato hasta julio de 2024 prorrogable hasta dos años. Sin embargo el apoyo de este personal sólo está asociado a la toma de muestras y no a los procesos del laboratorio.	0

HERRAMIENTA DE VERIFICACIÓN DE ESTÁNDARES DE CALIDAD

2.TALENTO HUMANO

Son aquellos requisitos inherentes a las políticas de personal, descripción de puestos de trabajo, y criterios que demuestren la competencia del talento humano que labora en el laboratorio

Si el laboratorio cuenta con acreditación en ensayos fisicoquímicos o microbiológicos en la norma NTC ISO/IEC 17025 puede colocar cumple en los siguientes ítems: 2.1; 2.4; 2.5; 2.6; 2.8; 2.10 y 2.11.
Para los ensayos que no se encuentren en el alcance de acreditación se deben evaluar los siguientes ítems: 2.4; 2.8; 2.10 y 2.11

COD	TIPO	REQUISITO	MODO DE VERIFICACIÓN	EVALUACIÓN			OBSERVACIONES	PUNTAJE
				C	NC	NA		
2.4	A	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	Verificar que en el laboratorio cuente con el personal necesario acorde al volumen y frecuencia de muestras, capacidad de procesamiento, equipamiento, manejan secciones independientes y especializadas, su personal debe certificar educación formal y experiencia para trabajar en el área designada. Verificar el cumplimiento de las normas vigentes en cuanto a las competencias para firmar los resultados de ensayos: Bacteriología (Ley 841 de 2003, Ley 1193 de 2008 y conceptos del Colegio Nacional de Bacteriólogos). Para análisis químicos: Ley 53 de 1975, decreto 2616 de 1982, circular informativa No. 001 de 2019 "Información sobre la dirección de los laboratorios químicos" y conceptos del Consejo Profesional de Química Colombia Los tecnólogos en Química o Técnicos Químicos, sólo podrán desempeñar sus funciones en calidad de Asistentes o Auxiliares en Química, respectivamente, bajo la dirección de un profesional químico matriculado conforme a la normatividad (Decreto 2616 de 1982). Las profesiones que lo requieran deben contar con tarjeta/matrícula profesional	X			El laboratorio cuenta con un profesional en ingenieria quimica Juan Camilo Chaparro Ruiz vinculado mediante contrato individual de trabajo a termino fijo y tiene a su cargo actividades de analisis y coordinacion y los analisis microbiologicos son enviados al laboratorio de referencia Analizar.	3
2.5	A	Desde la dirección o coordinación del laboratorio está asignado un responsable de calidad con formación específica certificada en la norma ISO/IEC 17025 vigente y con autoridad delegada para implementar y hacer seguimiento a los requisitos de las normas de calidad de todo el laboratorio.	Verificar la existencia de una persona responsable de liderar el SGC, que realice la programación y seguimiento de las capacitaciones, implementación, seguimiento y evaluación del sistema de gestión de calidad en el laboratorio con formación en la norma NTC ISO/IEC 17025 Tener en cuenta lo estipulado en el manual de funciones de la institución y el documento de gestión de personal	X			La entidad cuenta con un profesional vinculado con un contrato de trabajo N° 008 de 2021 Andew Masami Asakura Garcia con formacion en Ingenieria Industrial, y formacion como auditor interno en ISO/IEC 17025:2017	3
2.6	A	Desde la dirección o coordinación del laboratorio está asignado o designado un responsable/líder técnico o pares, necesario para la supervisión del cumplimiento de las diversas actividades de las áreas	Los laboratorios deben asegurarse de tener profesionales que aseguren el cumplimiento de SGC en lo relativo a las operaciones técnicas del Laboratorio con formación técnica para apoyar, revisar y soportar los resultados obtenidos en el laboratorio.		X		No cuenta con responsables técnicos ni pares técnicos para la revisión, soportes de resultados obtenidos.	0
2.7	A	El laboratorio dispone de una persona con el conocimiento técnico y/o profesional, debidamente certificado en temas ambientales y de bioseguridad encargada de liderar la gestión ambiental y de bioseguridad en el laboratorio.	Verificar la existencia de un programa de manejo de residuos y de bioseguridad liderado por una persona competente, teniendo en cuenta el volumen de desechos y las responsabilidades a cargo en residuos y bioseguridad El profesional puede ser del laboratorio o de la institución de la cual dependa el laboratorio.	X			Cuenta con profesional en ingenieria sanitaria Juliet Paola Camargo vinculada mediante contrato individual de trabajo N° 0012 de 2023, tiene a cargo actividades para liderar los procesos ambientales en la planta de tratamiento de aguas que incluye el Laboratorio.	3

HERRAMIENTA DE VERIFICACIÓN DE ESTÁNDARES DE CALIDAD

2.TALENTO HUMANO

Son aquellos requisitos inherentes a las políticas de personal, descripción de puestos de trabajo, y criterios que demuestren la competencia del talento humano que labora en el laboratorio

Si el laboratorio cuenta con acreditación en ensayos fisicoquímicos o microbiológicos en la norma NTC ISO/IEC 17025 puede colocar cumple en los siguientes ítems: 2.1; 2.4; 2.5; 2.6; 2.8; 2.10 y 2.11.
Para los ensayos que no se encuentren en el alcance de acreditación se deben evaluar los siguientes ítems: 2.4; 2.8; 2.10 y 2.11

COD	TIPO	REQUISITO	MODO DE VERIFICACIÓN	EVALUACIÓN			OBSERVACIONES	PUNTAJE
				C	NC	NA		
2.8	B	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.	Verificar la existencia de un procedimiento implementado de inducción y entrenamiento técnico para el personal que ingresa nuevo definiendo: personal designado para entrenar, responsabilidades, procedimientos, tiempos y evaluación de resultados.		X		Cuentan con un documento Plan de Inducción y Reinducción PA-GTH-DC-PL-05 fecha 31/01/2023, donde tiene definido el personal responsable designado para entrenar sin embargo no cuentan con un cronograma estipulado para realizar actividades de reinduccion. El profesional encargado del laboratorio Juan Camilo Chaparro Ruiz cuenta con un documento de empalme PE-SIG-SGC-FO-12 y con una evaluación de la reinducción realizada el 16/09/2023 en procesos administrativos con registro de asistencia PE-SIG-SGC-FO-08, el personal de apoyo aprendiz del SENA no cuenta con registro del proceso de inducción y entrenamiento. si bien es cierto el personal recibe inducción y reinduión en procesos administrativos se hace necesario fortalecer el entrenamiento al personal con temas propios del area.	0
2.9	B	El laboratorio dispone de personal de apoyo para servicios generales (aseo, mantenimiento general, vigilancia) de sus instalaciones.	Verificar la presencia permanente de personal de aseo y vigilancia de sus instalaciones, bien sea por vinculación directa o contratación de prestación de servicios Verificar alcance de las actividades asignadas de apoyo técnico con cumplimiento de formación continua en la actividades relacionadas y con soportes de inducción, entrenamiento y seguimiento según apliquen (aseo de áreas técnicas, bioseguridad, preparación de soluciones de aseo y/o responsabilidad de ruta sanitaria)		X		No se cuenta con servicio de vigilancia para el Laboratorio , en cuanto a servicios generales se cuenta con dos (02) personas que se rotan en el Laboratorio y asisten unicamente los dias jueves siendo insuficiente para cubrir las necesidades del area. el personal de aseo cuenta con una induccion sobre limpieza y desinfeccion de laboratorio con fecha de 10/04/2023 cuentan con registo de asistencia como soporte PE-SIG-SIG-SGC-FO-08 version 01 fecha 14/03/2023.	
2.10	B	El personal que integra el laboratorio participa en programas de educación continuada o capacitaciones técnicas con periodicidad mínima anual y a personal nuevo y evalúa su eficacia	Verificar la participación en programas de capacitación continuada que permita mantener actualizados todos sus procesos y procedimientos, en temas relacionados con el fortalecimiento del laboratorio.	X			Cuenta con plan institucional de capacitaciones PA-GTH-DC-PL version 03 fecha 31/01/2023, donde se evidencia una capacitacion realizada con los temas de interes: Desempeño laboral de potabilizar agua potable realizada al equipo de laboratorio con fecha de 15/12/2023 , contando con la certificacion de competencia laboral emitida por el SENA al profesional Juan Camilo Chaparro Ruiz emitida el 23 de marzo 2024, Toma de muestra de aguas realizada el 15 de Diciembre de 2023 contando con certitificacion de competencia laboral emitida por el SENA al profesional Juan Camilo Chaparro Ruiz emitido con fecha 23 de marzo	2
2.11	B	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.	Verificar soportes que el procedimiento de evaluación de personal garantice su idoneidad, competencia y seguimiento para las labores asignadas se encuentre establecido.		X		El profesional encargado del laboratorio Juan Camilo Chaparro Ruiz cuenta con una evaluacion de desempeño laboral tecnico Red Vital S.A. E.S.P PM-LAB-FO-38 version 01 fecha 14/03/2023 realizada el 11/09/2023, sin embargo la evaluación no corresponde a competencia técnica del profesional.	0

HERRAMIENTA DE VERIFICACIÓN DE ESTNDARES DE CALIDAD

3. INFRAESTRUCTURA Y DOTACIÓN

Se refiere a los requisitos mínimos de las instalaciones físicas en cuanto a: organización de secciones o ambientes funcionales del espacio físico donde se desarrollan las actividades del laboratorio con su respectiva dotación, mantenimiento y sistemas de comunicación y registro.

COD	TIPO	REQUISITO	MODO DE VERIFICACIÓN	EVALUACIÓN			OBSERVACION	PUNTAJE
				C	NC	NA		
3.1	A	La construcción o remodelación de la planta física del laboratorio se realizó cumpliendo las especificaciones de la norma vigente en sismo resistencia (aplica para laboratorios construidos después de marzo de 2010) o reforzamiento estructural para instituciones antes de 2010 constituidas como edificaciones indispensables y de atención a la comunidad localizadas en zonas de amenaza sísmica alta e intermedia	*Verificar que el Laboratorio debe estar construido de acuerdo a las normas vigentes para edificaciones en cuanto a Sismo resistencia (Ley 400 de 1997 y la NSR 2010) Tener en cuenta que para construcciones antes de 2010 la aplicación de edificaciones indispensables (artículo 54 de la ley 400) según aplique		X		No fue posible constatar que las instalaciones del laboratorio cumplen las especificaciones de simo resistencia.	0
3.2	A	Las instalaciones del laboratorio están distribuidas por secciones o ambientes de acuerdo a sus actividades técnicas, que son debidamente identificadas con separación eficaz en donde se realicen actividades diferentes o incompatibles, para evitar cualquier tipo de contaminación cruzada.	Verificar la infraestructura física con secciones u ambientes de trabajo separadas y delimitadas, el laboratorio debe tener ambientes separadas e independientes para el análisis fisicoquímico y microbiológico de análisis de agua para consumo humano de otros ambientes. Verificar que el ambiente administrativo está completamente separado del ambiente técnico. Debe existir una central o recepción de muestras para aguas de consumo humano. Verificar el control de acceso y el uso de las secciones y/o ambientes que lo requieran, según niveles de bioseguridad. El laboratorio debe garantizar que no se presente contaminación cruzada por deficiencia en la		X		El laboratorio cuenta con un área denominada área de laboratorio donde se efectúan los ensayos y procedimientos técnicos, así mismo tiene otro espacio denominado análisis microbiológico en el que se ubica la nevera de almacenamiento de muestras. También cuenta con un área denominda Oficina donde se desarrollan atividades administrativas. El laboratorio no cuenta con una recepción de muestras de aguas de consumo humano. El área técnica tiene superficies que no son de fácil limpieza y desinfección como es el caso de uno de los mesones dispuestos para almacenamiento de elementos e insumos (mesón sin enchapar o frisar).	0
3.3	A	El laboratorio cuenta con un área o espacio para pesaje que garantice el optimo funcionamiento de las balanzas, contando con mesones estables, libres de corrientes de aire y de vibraciones, así como aseguramiento metrológico.	Indagar sobre la designación de un área especifica para realizar el pesaje de reactivos, insumos, y materiales requeridos en las diferentes secciones del laboratorio que cuente con condiciones de funcionamiento y aseguramiento metrológico			X	No se requiere para los ensayos	3
3.4	B	El laboratorio realiza el registro, seguimiento y control de las condiciones ambientales: humedad y temperatura y control microbiológico de ambientes y superficies en las áreas que lo requieran.	Verificar que el laboratorio registra, realiza seguimiento y análisis de las condiciones ambientales de las áreas técnicas y analiza el impacto frente al uso de las secciones o ambientes.		X		El laboratorio realiza registro de temeperatura y humedad en el formato reporte de condiciones ambientales código PM-GAM-FO-01 del 2023-03-14, no se asocian las correcciones reportadas por certificado de calibración. No se hace seguimiento y control de las condiciones ambientales,y tampoco se analiza el impacto frente al uso de las secciones o áreas.	0
3.5	B	Todas los ambientes del laboratorio que requieran, deben contar con tomas de agua y pocetas funcionales que permiten la fácil limpieza de los materiales en procedimientos de lavado y descontaminación.	Verificar la existencia de tomas de agua y pocetas en los ambientes del laboratorio que se requieran.	X			El laboratorio cuenta con una poceta para lavado de material resultante de los ensayos fisicoquímicos.	2
3.6	A	El laboratorio cuenta con ambientes separados e independientes para el lavado de material para los ambientes de microbiología y fisicoquímico de aguas para consumo humano y otras.	Verificar el lavado de material y desinfección en cada una de las secciones que se requieran.	X			El laboratorio cuenta con ambiente para el lavado y desinfección de material, no fue posible verificar la realización y control del lavado del material.	3

HERRAMIENTA DE VERIFICACIÓN DE ESTNDARES DE CALIDAD

3. INFRAESTRUCTURA Y DOTACIÓN

Se refiere a los requisitos mínimos de las instalaciones físicas en cuanto a: organización de secciones o ambientes funcionales del espacio físico donde se desarrollan las actividades del laboratorio con su respectiva dotación, mantenimiento y sistemas de comunicación y registro.

COD	TIPO	REQUISITO	MODO DE VERIFICACIÓN	EVALUACIÓN			OBSERVACION	PUNTAJE
				C	NC	NA		
3.7	B	Las secciones y ambientes técnicos del laboratorio cuenta con un sistema de ventilación acorde con los procedimientos que se realizan.	Revisar el acondicionamiento del aire en laboratorio y el mantenimiento de un flujo adecuado de las corrientes de aire: en el sentido de que éste circule siempre desde el lugar menos contaminado hacia el más contaminado Revisar la presencia de aires acondicionados (ubicación, mantenimiento), o sistemas de inyección o extracción de aires por ambientes y estado de filtros HEPA.		X		Cuenta con ventilación natural que no está provista de mosquiteros. El flujo va desde lo menos contaminado a lo más contaminado.	0
3.8	B	El laboratorio tiene espacios de almacenamiento en condiciones adecuadas para asegurar la continua integridad para todo tipo de muestras que requieran ser almacenadas.	Verificar que el laboratorio cuente con espacios para almacenamiento de muestras en condiciones adecuadas, asegurando la cadena de custodia en los casos requeridos y debidamente almacenados. Así como la toma de acciones frente a situaciones por fuera de especificación o no aseguramiento metrológico		X		El laboratorio cuenta con nevera de línea blanca para el almacenamiento de muestras dispuestas dentro de un área denominada análisis microbiológico, al momento de la visita se halla apagada, sin sensor de temperatura e histórico de registro de temperatura por lo que no se garantiza la integridad de las muestras. No se cuenta con hoja de vida del equipo.	0
3.9	B	El laboratorio tiene espacios de almacenamiento en condiciones adecuadas para asegurar la continua integridad de: elementos, insumos y reactivos.	Verificar que el laboratorio cuente con espacios para el almacenamiento de elementos, insumos o reactivos empleados en sus diferentes secciones. Igualmente deben tener clasificación de colores y la eliminación para reactivos según el lineamiento escogido. Para el almacenamiento de reactivos tener en cuenta el Decreto 1496:2018 y Resolución 773 de 2021 relacionado con la aplicación del Sistema Globalmente		X		El laboratorio no cuenta con clasificación de colores aplicable a reactivos, No se controlan las condiciones de almacenamiento de los reactivos y se organizan segpun el SGA. El laboratorio tiene un procedimienot de baja de elementos código PA-GRF-ÑR-05 del 2023-03-14.en el que no se describe el lineamiento escogido para la eliminación de reactivos.	0
3.10	B	El laboratorio tiene espacios de almacenamiento en condiciones adecuadas de: documentos, registros, resultados tanto en medio físicos como archivos electrónicos.	Verificar la presencia de archivo para los documentos físicos y electrónicos con el tamaño adecuado de acuerdo al volumen o complejidad del laboratorio.		X		El archivo documental del laboratorio se realiza en carpetas y cajas según lo establecido por el Archivo General, en un área administrativa, sin embargo no se encuentra debidamente organizado para su acceso y consulta, comparte con otros elementos su conservación. El archivo electrónico se guarda en el drive asociado al correo laboratorio@redvitalpaipa.com cuyo acceso y administración está a cargo del profesional Camilo Chaparro.	0
3.11	B	El laboratorio debe garantizar el suministro continuo de los servicios públicos y planta eléctrica	Verificar que el laboratorio cuente con suministro continuo de energía eléctrica, agua y/o gas natural. Verificar la disponibilidad de planta eléctrica y estado y mantenimiento de tanques de almacenamiento de agua con sus correspondientes mantenimientos.		X		El laboratorio está provisto de servicios de agua y energía provenientes de la red pública municipal. No se cuenta con planta ni con tanque de reserva de agua.	0
3.12	A	El laboratorio cuenta con la dotación permanente de insumos, reactivos, elementos de protección personal así como equipamiento suficiente. Para laboratorios propios del prestador o autorizados por el MSPS, la dotación será acorde a la Resolución 2115 de 2007 o la norma que la reemplace o sustituya	Verificar la presencia de equipos teniendo en cuenta el volumen y frecuencias de muestras y desarrollo tecnológico, entre otros.	X			Cuenta con equipos colorímetro, turbidímetro y multiparámetro destinados para los fines técnicos.	3

HERRAMIENTA DE VERIFICACIÓN DE ESTNDARES DE CALIDAD

3. INFRAESTRUCTURA Y DOTACIÓN

Se refiere a los requisitos mínimos de las instalaciones físicas en cuanto a: organización de secciones o ambientes funcionales del espacio físico donde se desarrollan las actividades del laboratorio con su respectiva dotación, mantenimiento y sistemas de comunicación y registro.

COD	TIPO	REQUISITO	MODO DE VERIFICACIÓN	EVALUACIÓN			OBSERVACION	PUNTAJE
				C	NC	NA		
3.13	A	El laboratorio tiene documentadas las hojas de vida de equipos con datos de identificación, referencia, e historial de las operaciones de confirmación metrológica aplicables.	Verificar sobre la documentación de soporte de los equipos sea conocida por todo el personal y que se cuente con hoja de vida conocida y disponible que incluya: identificación del equipo, nombre, datos de contacto con apoyo técnico, número de serie, fecha de recepción y fecha de puesta en servicio, lugar en que se encuentra ubicado, si es nuevo, usado, reacondicionado o en comodato, manuales de usuario, requerimientos de operaciones de confirmación metrológica.		X		El laboratorio cuenta con formato hoja de vida de equipos de laboratorio código PM-LAB-FO-31 del 2023-03-14, cuenta en su mayoría con el histórico de las ocm, hay algunas hojas de vida diligenciadas en esfero como es el caso de la hoja de vida del equipo multiparámetros y termohigrómetro, se hallan algunas inconsistencias en su diligenciamiento en cuanto a unidades y datos de funcionamiento. No se describen las ocms requeridas y los manuales con los que cuenta el equipo para el caso de colorímetro y termohigrómetro. No se cuenta con hoja de vida de la nevera destinada para el almacenamiento de muestras de agua.	0
3.14	B	El laboratorio cuenta con manuales de uso o tiene documentado el procedimiento de manipulación, cuidado y utilización segura, de cada uno de los equipos, señalando las precauciones que se deben tener en cuenta. Este es conocido y está disponible	Verificar que las instrucciones de uso de cada equipo estén a disposición del personal que lo manipula, y el laboratorio debe archivar los manuales de operación de cada equipo con conocimiento y acceso del personal que los maneja.	X			Los manuales están dispuestos en carpetas y se ubican en la zona administrativa	2
3.15	A	El laboratorio cuenta con un plan metrológico implementado para garantizar el adecuado funcionamiento de los equipos y la seguridad de las mediciones, así como procedimientos y registros cuando realicen intervenciones metrológicas con personal interno (mantenimientos preventivos, correctivos o verificaciones intermedias)	Verificar la existencia de un plan metrológico anual de equipos, que incluya las operaciones de confirmación metrológicas aplicables Verificar competencia de personal, procedimientos, registros cuando internamente el laboratorio realice intervenciones metrológicas (preventivos, correctivos o verificaciones intermedias)		X		El laboratorio cuenta con un procedimiento denominado calibración y verificación de equipos de medición código PM-LAB-PR-03 del 2023-03-14, en este se relaciona el formato PM-LAB -FO-11 Programa de calibración de equipos donde aparece el colorímetro serie 601014 con frecuencia anual que desde la fecha de su adquisición (2023-06-01) no tiene calibración. No se describe la necesidad de ocm tales como mantenimiento, verificación o calificación. La nevera para el almacenamiento de muestrasno tiene control de temperatura calibrado en el rango de 2°C a 8°C. Se programan calibraciones por ente acreditado pero se ejecutan por laboratorio trazable siendo inconsistente lo descrito en el procedimiento con la realidad. No se garantiza la seguridad de las mediciones efectuadas con el equipo colorímetro	0
3.16	B	El laboratorio tiene implementado un plan de mantenimiento a sus instalaciones físicas de forma periódica	Verificar la realización del mantenimiento a las instalaciones físicas para el cumplimiento de sus actividades misionales.		X		El laboratorio no cuenta con plan de mantenimiento a sus instalaciones físicas.	0
3.17	B	El laboratorio tiene implementados sistemas de comunicación, informática y conectividad garantizando la comunicación al interior y al exterior del mismo, con todos sus usuarios de acuerdo a la ubicación geográfica y al grado de complejidad	Verificar que el laboratorio cuente con un sistema en Red funcionando. mínimo debe existir comunicación entre secciones y/o ambientes por medio del uso de teléfono con extensiones cuando se encuentren separadas, y garantizar el acceso a internet.		X		El Laboratorio no cuenta con línea telefónica ni red de datos que garantice la comunicación.	0
3.18	C	El laboratorio cuenta con programas periódicos de mantenimiento, actualización y protección de software.	El laboratorio debe mantener una programación y soportes del mantenimiento, actualización del sistema operativo y programas de mayor uso y antivirus.		X		El laboratorio en el área denominada oficina no cuenta con equipo de cómputo institucional. Existe un equipo de cómputo según lo manifiesta el profesional Camilo Chaparro, en la sede administativa de red vital para fines admiistrativos del laboratorio con hoja de vida de equpos de cómputo código PA-GCOM-FO-03 sin datos de identificación cómo serie o código inerno. Tiene mantenimiento preventivo vigente del 2023-11-11. No se evidencia la existencia de una programación defininda para el mantenimiento, actualización y protección de software.	0

HERRAMIENTA DE VERIFICACIÓN DE ESTNDARES DE CALIDAD

3. INFRAESTRUCTURA Y DOTACIÓN

Se refiere a los requisitos mínimos de las instalaciones físicas en cuanto a: organización de secciones o ambientes funcionales del espacio físico donde se desarrollan las actividades del laboratorio con su respectiva dotación, mantenimiento y sistemas de comunicación y registro.

COD	TIPO	REQUISITO	MODO DE VERIFICACIÓN	EVALUACIÓN			OBSERVACION	PUNTAJE
				C	NC	NA		
3.19	C	El laboratorio mantiene copia de seguridad de la información generada y además determina los niveles de acceso de acuerdo a las responsabilidades del personal que maneja la información.	El laboratorio debe tener estipulado el procedimiento de registro y de almacenamiento de la información generada como: resultados de las pruebas, datos de control de calidad, datos de notificaciones. Además se definen responsabilidades y niveles de acceso para el manejo de la información.		X		El laboratorio tiene un procedimiento denominado administración de dispositivos de redes y comunicaciones código PA-GCOM-PR-04 DEL 2023-03-14, este no define responsabilidades y niveles de acceos para el manejo de la información y el manejo de la información para su almacenaniento. El procedimiento seguridad lógica y políticas código PA-GCOM-PR-06 DEL 2023.03-14 No define responsabilidades y niveles de acceso a la información, describe genéricamente el acceeso a esta. Los accesos se dan de acuerdo al manual de funciones.	0

HERRAMIENTA DE VERIFICACIÓN DE ESTÁNDARES DE CALIDAD EN SALUD PÚBLICA

4. REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Evalúa el cumplimiento de los estándares de calidad y bioseguridad definidos para la recolección, manipulación, remisión, transporte y conservación de muestras

COD	TIPO	REQUISITO	MODO DE VERIFICACIÓN	EVALUACIÓN			OBSERVACIONES	PUNTAJE
				C	NC	NA		
4.1	A	El laboratorio documenta e implementa a través de manuales, los procesos y procedimientos la recepción, manipulación, remisión, transporte y conservación de muestras "ítems de ensayo" y tiempos de entrega de resultados, en condiciones de calidad, seguridad, oportunidad y eficiencia	El laboratorio debe contar con un procedimiento implementado de recepción, manejo y transporte de muestras. El laboratorio cuenta con procedimientos de envío o remisión de muestras para agua de consumo humano.	X			El Laboratorio cuenta con un procedimiento denominado MANIPULACIÓN, TRANSPORTE, CONSERVACIÓN Y ENTREGA DE RESULTADOS PM-LAB-PR-05 V 02 del 14/03/2023	3
4.2	B	El laboratorio tiene documentado e implementado el proceso de referencia y contrareferencia de acuerdo con la capacidad técnica para la prestación del servicio, que incluya: ensayos o pruebas que remite a otros laboratorios, reporte de los ensayos remitidos, revisión de la solicitud del servicio y condiciones para la remisión de muestras.	El laboratorio debe tener documentado su proceso de referencia y contrareferencia de acuerdo con su capacidad técnica.	X			El Laboratorio cuenta con un procedimiento de referencia y contrarreferencia PM-LAB-PR-06 V 02 14/03/2023 previsto para el envío de muestras para análisis microbiológico de aguas con Analizar en el municipio de Duitama con el que se tiene contrato suscrito No 010 de 2024.	2
4.3	B	Desde la coordinación o dirección del laboratorio se asegura que todos los procedimientos o lineamientos incluidos en referencia y contrareferencia son del conocimiento del personal involucrado en la actividad.	Desde la coordinación o dirección del laboratorio se asegura que todos los procedimientos o lineamientos incluidos en referencia y contrareferencia son del conocimiento del personal involucrado en la actividad.	X			El cumplimiento a los lineamientos de custodia se realiza por parte del profesional encargado del Laboratorio quien realiza la toma, conservación y transporte de las muestras al Laboratorio de Referencia.	2
4.4	B	El laboratorio tiene documentado el procedimiento de cadena custodia para las muestras que lo requieran de acuerdo a las exigencias de ley. (Aplica para laboratorios de control)	Verificar la implementación del procedimiento de cadena de custodia debe estar documentado y socializado al personal del laboratorio.	X			Aun cuando no se describe documentalmente como se garantiza la cadena de custodia, se verifica registro de cadena de custodia de toma y recepción de muestras de agua según formato PM-LAB-FO-28 V 03 14/03/2024. Se hace necesario fortalecer la documentación en los procedimientos de toma , transporte y referencia de las condiciones asociadas a la cadena de custodia especialmente del personal autorizado.	2
4.5	A	El laboratorio tiene establecidos procedimientos para la verificación de la trazabilidad de las muestras.	La trazabilidad comienza con la recepción de muestras y su identificación hasta que se genera el informe del resultado. Permite realizar el rastreo de las muestras y establecer responsabilidades	X			Se verifica la trazabilidad de las muestras MB 0018 tomada el 22/02/2024 y MB 138 tomada el 07/03/2024 , según resultados del Laboratorio de Referencia corresponden a los códigos AG-36990-24 y AG 37100-24, se verifica el registro de Envío y Transporte de muestras microbiológicas PM-LAB-FO-36, sin embargo en la forma de consignar la codificación de las muestras tomadas no se hace trazable esta identificación, hasta la obtención de resultado. Se hace necesario establecer un mecanismo con el Laboratorio de Referencia para que se mejore la trazabilidad entre el envío y la recepción de muestras.	3

HERRAMIENTA DE VERIFICACIÓN DE ESTÁNDARES DE CALIDAD

5.BIOSEGURIDAD Y MANEJO DE RESIDUOS

Define la implementación de medidas, procedimientos básicos de bioseguridad y manejo de residuos de acuerdo a la normatividad vigente.

COD	TIPO	REQUISITO	MODO DE VERIFICACIÓN	EVALUACIÓN			OBSERVACIONES	PUNTAJE
				C	NC	NA		
5.1	A	El laboratorio cuenta con un manual o procedimiento de bioseguridad aprobado, implementado y divulgado.	Verificar la existencia y el contenido del manual de bioseguridad en lo que hace referencia a las muestras procesadas en el laboratorio y comprobar la disponibilidad que tienen todos los integrantes del laboratorio del mismo.	X			El laboratorio cuenta con un manual de bioseguridad con código PM-LAB.MA-01 versión 01 del 14-03-2023, donde se verifica el contenido con respecto a los análisis fisicoquímicos realizados en el mismo. Se realiza revisión formato PA-GTH-DC-FO-01 con fecha 2024-05-03	3
5.2	A	El manual de bioseguridad tiene un enfoque basado en la identificación, análisis y gestión del riesgo acorde a los agentes biológicos y sustancias químicas que se manejan en el laboratorio	Verificar el contenido del manual de bioseguridad en lo que hace referencia identificación, análisis y gestión del riesgo asociado a las muestras que manipula, Tener en cuenta Manual de bioseguridad de laboratorios OMS cuarta edición (2020) y monografías especificas.	X			En el manual de bioseguridad con código PM-LAB.MA-01 versión 01 del 14-03-2023 en el item de FACTOR Y EXPOSICIÓN AL RIESGO se encuentra la matriz de Riesgos de planta de tratamiento de agua potable, donde se incluyen los análisis realizados en planta.	3
5.3	A	El personal del laboratorio usa los elementos de protección personal acorde a los agentes químicos o biológicos identificados, así como un manejo adecuado para la atención de derrames y evidencia de condiciones de orden, aseo, limpieza y desinfección.	Debe indagarse sobre el tipo de agentes químicos o biologicos manejados por el laboratorio y verificar el adecuado uso de EPP Así mismo el laboratorio debe encontrarse ordenado, limpio y libre de materiales no relacionados con el trabajo. Verificar kit anti derrames y esquemas de manejo en derrames	X			El laboratorio cuenta con kit antiderrames disponible en el área de análisis, debidamente rotuladó y con su manual de uso. El laboratorio se encuentra en buenas condiciones de limpieza y desinfección. En el laboratorio cuenta con la señalización de los epps que deben usarse en el área de análisis.	3
5.4	A	El laboratorio cuenta con cabinas de bioseguridad biologica para el manejo y procesamiento de agentes biológicos y cabinas extractoras de gases según aplique	El laboratorio debe asegurar que realiza proceso o procedimientos técnicos para el manejo adecuado de los agentes biológicos que manejan para la seguridad de la muestra, el personal y el medio ambiente. Igualmente evitar el riesgo de salud en el personal que manipula reactivos.			X		3
5.5	A	El laboratorio tiene un plan o manual para la gestión integral de residuos generados en sus diferentes secciones y ambientes de trabajo ajustado a su caracterización del riesgo y de acuerdo a la normatividad vigente.	El laboratorio debe documentar los procedimientos relacionados con la gestión integral de residuos. El documento debe seguir los lineamientos contenidos en el Decreto Único Reglamentario del Sector Ambiente 1076 de 2015 Titulo 6 Residuos Peligrosos o aquellos que los modifiquen o sustituyan.	X			El laboratorio cuenta con un documento PM-SIG.GAM-PL-02 PLAN DE GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS SÓLIDOS Y RESIDUOS PELIGROSOS PGIRS - RESPEL-LABORATORIO-PTAP, donde en su item 13.1 PROGRAMA MANEJO INTEGRAL DE RESIDUOS PELIGROSOS describe el manejo de las sustancias usadas en el laboratorio.	3

HERRAMIENTA DE VERIFICACIÓN DE ESTÁNDARES DE CALIDAD

5.BIOSEGURIDAD Y MANEJO DE RESIDUOS

Define la implementación de medidas, procedimientos básicos de bioseguridad y manejo de residuos de acuerdo a la normatividad vigente.

5.6	A	El laboratorio cumple con las especificaciones técnicas de los recipientes para la recolección de residuos (reutilizables, desechables, cortopunzantes, químicos y radiactivos)	La segregación de residuos en todas las áreas del laboratorio debe realizarse en recipientes adecuados por dimensiones, tipo y resistencia de los materiales y rotulado con pictogramas de acuerdo al tipo de residuo según Resolución 1164 de 2002 o normatividad que la modifique o sustituya		X		El laboratorio no realiza disposición de los residuos líquidos generados, siendo descartados en la cañaería. El laboratorio cuenta con cuarto de almacenamiento de residuos peligrosos en el cual se encuentran dos contenedores biosanitarios tipo pedal que no se encuentran rotulados, ni señalización de peligrosidad de los residuos generados.	0
5.7	A	El Laboratorio adopta el código de colores para los recipientes de recolección de residuos y realiza una correcta separación de residuos, de acuerdo a la actividad desarrollada por cada sección del laboratorio.	Según el plan para la gestión integral de los residuos o desechos peligrosos se deben seguir las especificaciones de código de colores para el manejo de residuos (Resolución 2184 de 2019)	X			El laboratorio cuenta con la implementacion de código de colores según lo establecido en la resolución 2184 de 2019 para los diferentes residuos generados en el laboratorio	3
5.8	A	El laboratorio realiza todos los procesos de tratamiento y disposición final de residuos infecciosos, químicos, y radiactivos con gestores externos autorizados por la autoridad ambiental competente. Dicho contrato o convenio debe estar vigente y la prestación del servicio debe ser permanente así mismo el laboratorio verifica los procedimientos de tratamiento y disposición final de los residuos peligrosos contratados con el gestor contratado.	En el plan de gestión integral de residuos generados en la atención en salud y otras actividades, deben establecerse los procedimientos de tratamiento y disposición final de los residuos peligrosos, el cual debe incluir la totalidad de los residuos generados por el laboratorio basados en la caracterización de los mismos por cada sección o área de trabajo los cuales deben ser descritos en el plan Para residuos químicos verificar hojas y tarjetas de seguridad Verificar soportes de visita a proveedor externo		X		El laboratorio no cuenta con contrato vigente de gestor externo RESPEL. Su último contrato tiene como fecha de finalización 2024-02-05.	0
5.9	B	El laboratorio realiza el pre tratamiento in situ de los residuos como medida de bioseguridad o principio de precaución de impacto ambiental (Ley 99 de 1993).	En el plan de gestión integral de residuos generados en la atención en salud y otras actividades, deben establecerse los procedimientos de desactivación, que deben incluir la totalidad de los residuos generados por el laboratorio basados en la caracterización de los mismos por cada sección o área de trabajo los cuales deben ser descritos en el plan			X		2
5.10	A	El laboratorio establece e implementa la ruta sanitaria interna de recolección de residuos peligrosos y no peligrosos de acuerdo a los criterios definidos en la Resolución 1164 de 2002.	Los procedimientos de la ruta sanitaria están documentadas en el PGIRH especificando esquema de la ruta, franjas horarias por tipos de residuos, frecuencias, mecanismos para transportar los residuos al cuarto de almacenamiento central, responsables y uso de elementos de protección personal.		X		El laboratorio cuenta con documento PM-SIG-GAM-PL-02 PLAN DE GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS SÓLIDOS Y RESIDUOS PELIGROSOS PGIRS-RESPEL - LABORATORIO - PTAP, sin embargo en el no se encuentra consignado las rutas sanitarias para la recolección de residuos.	0

HERRAMIENTA DE VERIFICACIÓN DE ESTÁNDARES DE CALIDAD

5.BIOSEGURIDAD Y MANEJO DE RESIDUOS

Define la implementación de medidas, procedimientos básicos de bioseguridad y manejo de residuos de acuerdo a la normatividad vigente.

5.11	A	El laboratorio tiene un cuarto central de acopio para el almacenamiento de residuos que cumple con la dotación mínima exigida por la normatividad vigente.	Los criterios de adecuación para el cuarto de almacenamiento de residuos, deben estar basados en los establecidos en la Resolución 1164 de 2002 o normatividad que la modifique o sustituya		X		El laboratorio cuenta con un cuarto de almacenamiento temporal de residuos peligrosos, sin embargo los contenedores no se encuentran rotulados, no cuenta con báscula para el pesaje de los residuos generados.	0
5.12	A	El laboratorio cumple con el adecuado etiquetado de residuos para ser entregados a los gestores externos.	El etiquetado de residuos permite establecer la trazabilidad del residuo desde su generación hasta su disposición final, la etiqueta contiene: tipo de residuo, lugar de origen, fecha de recolección y responsable del procedimiento.		X		Los residuos generados no se encuentran rotulados con tipo de residuo, lugar de origen, fecha de recolección y responsable del procedimiento.	0
5.13	B	El laboratorio diligencia los registros de cuantificación de residuos (RH1).	Todos los residuos generados en el laboratorio deben cuantificarse y registrarse en el formato RH1 de acuerdo a lo establecido en la Resolución 1164 de 2002 o normatividad que la modifique o sustituya que permita calcular los indicadores de gestión interna y emitir los informes que la autoridad sanitaria o ambiental solicite.		X		Al momento de la visita no se evidencia el registro ningún formato RH1 de cuantificacion de residuos.	0
5.14	C	El laboratorio cuenta con la caracterización de aguas residuales mediante laboratorio acreditado por el IDEAM y toma acciones frente a sus resultados, así mismo cuenta con permisos para emisiones atmosféricas (según aplique)	Debe preguntarse en el laboratorio por la caracterización de las aguas residuales del laboratorio de acuerdo con el Decreto 1076 de 2015 y la Resolución 631 de 2015 o normatividad que la modifique o sustituya e indagar sobre las acciones tomadas frente a los resultados obtenidos Indagar sobre el permiso de emisiones atmosféricas para casos en los que el laboratorio posea fuentes fijas de emisión de gases como: calderas, hornos solicitar permiso de emisión dada por autoridad competente.		X		El laboratorio no cuenta con caracterización de agua residual.	0
5.15	C	El laboratorio cuenta con plan de contingencias para el manejo de residuos ante accidente o cualquier eventualidad como falta de contrato para la recolección de residuos, falta de personal para realizar la ruta sanitaria, falta de suministro de bolsas acorde al código de colores, entre otras	El laboratorio debe documentar el plan de contingencia para el manejo de residuos acorde a la normatividad vigente y con personal preparado para su implementación (decreto 1076:2015 o normatividad que la modifique o sustituya)	X			El laboratorio cuenta con documento PM-SIG-GAM-PL-01 PLAN DE CONTIGENCIAS LABORATORIO DE AGUAS -PTAP donde se consigna las eventualidades con respecto a recolección de residuos, personal, etc.	1
5.16	A	Las instalaciones del laboratorio disponen de duchas, lavamanos y lavaojos, de fácil acceso para el personal, funcionales y con control de funcionamiento. Si se usan medios para lavado ojos (kit portátiles) deben estar vigentes y disponibles	Verificar la presencia del lavaojos y la ducha de emergencia de fácil acceso, mantenimiento y funcionamiento Verificar registros de verificación de funcionamiento de la duchas y lavaojos.	X			El laboratorio cuenta con ducha lavaojos y de emergencia en funcionamiento. Falta constancia de diligenciamiento de Formato control de funcionamiento de ducha y lavaojos de emergencia	3

HERRAMIENTA DE VERIFICACIÓN DE ESTÁNDARES DE CALIDAD

6. PROCESO PRIORITARIO

Incluye todas las actividades que el laboratorio debe realizar en el marco del Sistema de Vigilancia en Salud Pública y vigilancia y control sanitario.

COD	TIPO	REQUISITO	MODO DE VERIFICACIÓN	EVALUACIÓN			OBSERVACIONES	PUNTAJE
				C	NC	NA		
6.1	A	El personal del laboratorio conoce sus responsabilidades dentro de la Red Nacional de Laboratorios (Decreto 780 de 2016, el cual que contiene el Decreto 3518 de 2006, el Decreto 2323 de 2006, la Resolución 1619 de 2015, el sistema de vigilancia en salud pública y vigilancia y control sanitario (Decreto 1575 de 2007 y sus resoluciones reglamentarias).Aplica para laboratorios propios del	El coordinador debe asegurar que los profesionales del laboratorio conozcan sus responsabilidades dentro del sistema de vigilancia normado referente a la Red Nacional de Laboratorios.	X			El profesional a cargo conoce de manera general alguna de la normatividad asociada al Laboratorio, sin embargo se hace necesario profundizar en la reglamentación existente y su integración a la red de laboratorios de aguas para fortalecer conocimientos	3
6.2	B	El laboratorio se encuentra dando cumplimiento a la Resolución 561:2019 emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social	Verificar la inscripción y registro de pruebas en el aplicativo Relab del MSPS	X			El Laboratorio se encuentra registrado en Registro RELAB LRD155160000556, se hace revisión de registro de pruebas segun versión 10 del RELAB	2
6.3	A	El laboratorio conoce los lineamientos nacionales vigentes de operación y respuesta frente al tema de agua para consumo humano. Aplica para laboratorios propios del prestador o autorizados.	El coordinador debe asegurar que los profesionales del laboratorio conozcan e implementen los lineamientos nacionales para el adecuado abordaje de los eventos de interés en salud pública según las competencias definidas (Resoluciones, circulares, manuales de toma de muestra, documentos técnicos)	X			Se cuenta sólo con un profesional en el laboratorio, por lo tanto su conocimiento en relación a las competencias como laboratorio de control de calidad deben fortalecerse, no se evidencia registro de socialización en este aspetco al personal vinculado como aprendiz.	3
6.4	A	El laboratorio informa de manera inmediata a la autoridad competente los resultados obtenidos cuando estos evidencien un riesgo potencial de salud pública y a las personas prestadoras del servicio público de acueducto para que se tomen las medidas pertinentes para mitigar el riesgo.	Verificar la documentación de las acciones a realizar cuando se presenten resultados que evidencien riesgo potencial para la salud pública, con enfoque de riesgo.		X		El Laboratorio desconoce el enfoque de riesgo para la implementación o reporte de monitoreo de parámetros de reisgo potencial para la salud pública.	0
6.5	A	El laboratorio cuenta con los reportes de control acorde a los estipulado en el artículo 23 de la Resolución 2115 de 2007 (solo aplica para laboratorios propios del prestador o autorizados para el control por el Ministerio de Salud y Protección Social).	Verificar que el laboratorio cuente con los requerimientos mínimos establecidos en la Resolución 2115 de 2007 para los reportes de control.	X			Se realiza revisión de formato PM-LAB-POE-14 DETERMINACIÓN DE CLORO para demanda de cloro, PM-GAC-CT-FO-12 PLANILLA DE CONTROL DE INSUMOS para el control de Coagualante Sulfato de Aluminio tipo A, y de desinfectante Cloro Gaseoso, PM-GAC-CT-FO-12 MACROMEDIDOR ENTRADA A PLANTAS ELECTROMECÁNICO DE FLUJO 0", PM-GAC-CT-FO-17	3
6.6	B	El laboratorio participa en las capacitaciones y/o talleres en temas de interés en salud pública que programa de la Secretaría de Salud - Laboratorio de Salud Pública según aplique.	Verificar la programación anual para los laboratorios de la Red y su correspondiente participación a través de listados de asistencia o certificaciones	X			El laboratorio participó en la encuesta FORTALECIMIENTO RED DE LABORATORIOS AGUAS realizada el día 2023-03-16.	2
6.7	B	El laboratorio participa de la asistencia técnica y asesoría directa brindada por la Secretaría de Salud - Laboratorio de Salud Pública.	Para los laboratorios es importante participar de las asesorías o asistencias técnicas que brinda la Secretaría de Salud - Laboratorio de Salud Pública acorde a la programación establecida.	X			El laboratorio participó en la encuesta FORTALECIMIENTO RED DE LABORATORIOS AGUAS realizada el día 2023-03-16.	2
6.8	C	El laboratorio realiza reactivo-vigilancia de acuerdo a la normatividad vigente y reporta sus hallazgos.	Los laboratorios deben enviar información sobre los efectos indeseados no descritos o desconocidos relacionados con el uso de reactivos de diagnóstico in vitro. Deben contar mínimo con: un responsable, la inscripción, manual y reportes según periodicidad definida.			X		1

HERRAMIENTA DE VERIFICACIÓN DE ESTÁNDARES DE CALIDAD

6. PROCESO PRIORITARIO

Incluye todas las actividades que el laboratorio debe realizar en el marco del Sistema de Vigilancia en Salud Pública y vigilancia y control sanitario.

COD	TIPO	REQUISITO	MODO DE VERIFICACIÓN	EVALUACIÓN			OBSERVACIONES	PUNTAJE
				C	NC	NA		
6.9	A	El laboratorio realiza los análisis fisicoquímicos requeridos por la normatividad vigente (Resolución 2115 de 2007, Artículo 21) para el control de la calidad del agua para consumo humano, así como también las definidas en el mapa de riesgos (solo aplica para laboratorios propios del prestador o autorizados para el control por el Ministerio de Salud y Protección Social).	Verificar que el laboratorio realice los parámetros mínimos establecidos en la Resolución 2115 de 2007 para el control de la calidad fisicoquímica en aguas para consumo humano según población atendida.	X			Se realiza revisión formato PM-LAB-FO-29 INFORME DE RESULTADOS TOMA DE MUESTRAS DE AGUA, fecha de 2024-03-19 donde se realizó análisis de color, turbiedad, ph, CRL, Alcalinidad, conductividad, fosfatos, manganeso, dureza, sulfatos, hierro, nitratos, nitritos, aluminio, dando cumplimiento a lo descrito en el art. 21 de res.2115/2007.	3
6.10	A	El laboratorio realiza los análisis microbiológicos requeridas por la normatividad vigente (Resolución 2115 de 2007, Artículo 22) para el control de la calidad del agua para consumo humano así como también las definidas en el mapa de riesgos (solo aplica para laboratorios propios del prestador o autorizados para el control por el Ministerio de Salud y Protección Social).	Verificar que el laboratorio realice los parámetros mínimos establecidos en la Resolución 2115 de 2007 para el control de la calidad microbiológica en aguas para consumo humano según población atendida.	X			El análisis microbiológico para el control de las muestras de agua para consumo humano es realizado en Analizar Laboratorio Fisicoquímico LTDA con quien Red Vital tiene contrato para tal fin, se verifica contrato No. 010-2024 vigente a la fecha. Se realiza revisión de reportes de análisis microbiológico emitidos por el laboratorio contratado, la semana del 2024-02-09, cantidad 8 muestras, dando cumplimiento al artículo 22 de 2115.	3
6.11	A	El laboratorio reporta oportunamente al Sistema Único de Información SUI los datos del control de la calidad del agua para consumo humano (solo aplica para laboratorios propios del prestador o autorizados para el control por el Ministerio de Salud y Protección Social).	Verificar que el laboratorio realice oportunamente el reporte de análisis realizados acorde a lo establecidos en la resolución 2115 de 2007 al sistema único de información de los servicios públicos SUI		X		El laboratorio no realiza cargue, al momento de la visita no se evidencio ningún soporte de cargue a SUI, ademas manifiestan realizar solo el cargue de fisicoquímico pero no adjuntaron ninguna evidencia	0