	GOBERNACION DEL TOLIMA **SECRETARIA DE SALUD** **LABORATORIO DE SALUD PUBLICA**	**CODIGO: LSP-FOR-MC-005** **VERSION: 03** **PAGINA 1 DE 1**
	MACROPROCESO **MEJORA CONTINUA** **TRATAMIENTO DEL TRABAJO NO CONFORME Y ACCIONES CORRECTIVAS**	**VIGENTE DESDE: 2022-06-16**

AREA	FQ-AGUAS	**FECHA**	**5/09/2022**	**CONSECUTIVO**	**05**
EVENTO	FISICOQUIMICO	**RESPONSABLE**	**AXEL LOMBARDO RAMIREZ RIVERA**		
DECISION OPORTUNA TOMADA					
ACCIÓN:	CORRECTIVA	**FUENTE DE LA DETECCION**	**AUDITORIA**	**SI ES OTRO, CUAL?**	

DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO

ISO/IEC 17025:2017. Numeral: 6.2.5 El laboratorio debe tener procedimientos y conservar registros para: f) realizar el seguimiento de la competencia del personal. El laboratorio no siempre asegura que se realicen las actividades de seguimiento de la competencia de personal de acuerdo a como se tiene descrito en el procedimiento interno.
Evidencia: El laboratorio no siempre asegura que se realicen las actividades de seguimiento de la competencia de personal de acuerdo a como se tiene descrito en el procedimiento interno. En el Procedimiento inducción, entrenamiento, autorización, supervisión y evaluación de personal, Código LSP-PRO-AD-003
V 03 de 2021.10.25. se establece que el seguimiento a la competencia se realizará dos veces al año mínimo. Sin embargo, no se evidencia su realización en el Formato de registro, Programa de entrenamiento básico en el puesto de trabajo, Código LSP-FOR-GA-020, V1

¿SE REQUIERE CORRECIÓN?

SI	**x**	**NO**	

DESCRIPCION DE LA CORRECCION:

Verificar que el personal que interviene en la cadena de valor del item de ensayo tenga, al menos, una supervision de procesos documentadas, en el formato LSP-FOR-GA-021 FORMATO DE SUPERVISIÓN DE PROCESOS. Estas supervisiones deben incluir una o varias de las acciones descritas para la Evaluación técnica y seguimiento del personal, segun lo estipulado en el procedimiento LSP-PRO-AD-003 PROCEDIMIENTO DE INDUCCIÓN, ENTRENAMIENTO, AUTORIZACIÓN, SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN DEL PERSONAL.

QUIEN DETECTA EL PROBLEMA		**RESPONSABLE DEL PLAN DE ACCIÓN**	
NOMBRE:	BAUDILIO ACEVEDO	NOMBRE:	MARIA ALEJANDRA RODRIGUEZ
CARGO:	AUDITOR	CARGO:	CONTRATISTA

ANÁLISIS DE CAUSAS

Por que el laboratorio no asegura que se realicen las actividades de seguimiento de la competencia de personal de acuerdo a como se tiene descrito en el procedimiento interno?

R/. El procedimiento LSP-PRO-AD-003 PROCEDIMIENTO INDUCCIÓN, ENTRENAMIENTO, AUTORIZACIÓN, SUPERVISION Y EVALUACIÓN DEL PERSONAL, solo consideraba la evaluación para los analistas

Por que el procedimiento solo consideraba la evaluación para los analistas ?

R/. porque se consideraba que el analista era la unica parte que influye en la validez de los resultados

Por que se consideraba que el analista era la unica parte que influye en la validez de los resultados?

R/. Porque es el personal que realiza los ensayos, y no se consideró otros procesos como recepción de muestras, validación de resultados, emision de resultados, entre

¿Hay que actualizar los riesgos y oportunidades?	SI		NO	x	
¿Hay que actualizar el Sistema de Gestión 17025?	SI		NO	x	
Existen No Conformidades similares o que potencialmente puedan ocurrir	SI	x	NO		Debido a que no se ha supervisado a todo el personal que influye en la cadena de valor del item de ensayo es posible que existan incumplimientos en otros procesos del laboratorio.

PLAN DE ACCIÓN

N°	Acción a Tomar	Responsable	Fecha propuesta
1	Actualizar el procedimiento LSP-PRO-AD-003 PROCEDIMIENTO INDUCCIÓN, ENTRENAMIENTO, AUTORIZACIÓN, SUPERVISION Y EVALUACIÓN DEL PERSONAL, en el numeral 5,9 "Evaluación tecnica y seguimiento del personal"; en los siguientes apartados: El alcance de la evaluación tecnica y seguimiento del personal se extenderá a todo el personal que interviene en la validez de los resultados, y no solo a los analistas, con el fin de cubrir a todo el personal que se encuentra en la cadena de valor del item de ensayo. Se reemplazará en el seguimiento al personal las "Muestras analizadas, validación de metodos, precision/exactitud" por "Evaluación escrita" adicionalmente, se ajustará la frecuencia al seguimiento así: para personal contratista será minimo una vez durante el tiempo de ejecucion del contrato; para personal de planta se realizará minimo una vez al año.	Lider de calidad y equipo fisicoquimico	2022-09-08
2	Socializar el procedimiento LSP-PRO-AD-003 PROCEDIMIENTO INDUCCIÓN, ENTRENAMIENTO, AUTORIZACIÓN, SUPERVISION Y EVALUACIÓN DEL PERSONAL, con los cambios respectivos.	Lider de calidad	2022-09-09
3	Verificar que el personal del laboratorio que influya en la validez de los resultados, tenga por lo menos una supervision donde se incluya al menos una de las acciones descritas para la evaluación tecnica y seguimiento del personal, según el procedimiento LSP-PRO-AD-003 PROCEDIMIENTO INDUCCIÓN, ENTRENAMIENTO, AUTORIZACIÓN, SUPERVISION Y EVALUACIÓN DEL PERSONAL.	Lideres de area	2022-09-06

	GOBERNACION DEL TOLIMA **SECRETARIA DE SALUD** **LABORATORIO DE SALUD PUBLICA**	**CODIGO: LSP-FOR-MC-005** **VERSION: 03** **PAGINA 1 DE 1**
	MACROPROCESO **MEJORA CONTINUA** **TRATAMIENTO DEL TRABAJO NO CONFORME Y ACCIONES CORRECTIVAS**	**VIGENTE DESDE: 2022-06-16**

AREA	FQ-AGUAS	**FECHA**	**5/09/2022**	**CONSECUTIVO**	
EVENTO	FISICOQUIMICO	**RESPONSABLE**	**AXEL LOMBARDO RAMIREZ RIVERA**		
DECISION OPORTUNA TOMADA					
ACCIÓN:	CORRECTIVA	**FUENTE DE LA DETECCION**	**AUDITORIA**	**SI ES OTRO, CUAL?**	

DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO

ISO/IEC 17025:2017 Numeral 6.4.13 No para todos los casos se conservan registros de los equipos que pueden influir en las actividades del laboratorio. Evidencia: Durante el proceso de testificación se evidenció que no se tiene la HV del equipo de medicion para la determinación de nitratos , espectrofotometro UV/Vis, marca Thermo Scientific, identificado con codigo VFRAC-FQ-87471.

¿SE REQUIERE CORRECIÓN?

SI	**x**	**NO**	

DESCRIPCION DE LA CORRECCION:

Elaborar la Hoja de Vida del equipo espectrofometro UV-Vis marca Thermo Scientific identificado con codigo VFRAC-FQ-87471.

QUIEN DETECTA EL PROBLEMA		**RESPONSABLE DEL PLAN DE ACCIÓN**	
NOMBRE:	BAUDILIO ACEVEDO	NOMBRE:	JUAN DAVID RINCON
CARGO:	AUDITOR	CARGO:	CONTRATISTA

ANÁLISIS DE CAUSAS

Por que no se tenia el registro de la Hoja de Vida del equipo Espectrofotometro VFRAC-FQ-87471?

R/. El analista encargado, para el momento de la auditoria no había completado el registro de la HV del espectrofotometro.

Por qué el analista encargado, para el momento de la auditoria no había completado el registro de la HV del espectrofotometro?

R/. El analista encargado, empezó la tarea de migrar el registro de la HV del espectrofotometro al formato digital de Hoja de Vida, cuando llega a la sección de la calibración del equipo, no sabe como interpretar el certificado de calibración del equipo para ponerlo en la Hoja de vida y deja la tarea inconclusa.

Por qué el encargado no sabe interpretar el certificado de calibración del equipo?

R/. porque no se tiene un profesional competente en el area de metrología.

Por que no se tiene un profesional competente en el area de metrología.?

R/. No se habia visto la necesidad porque las funciones del profesional de metrologia, las suplen los contratistas del area.

¿Hay que actualizar los riesgos y oportunidades?	SI		NO	x	
¿Hay que actualizar el Sistema de Gestión 17025?	SI		NO	x	
Existen No Conformidades similares o que potencialmente puedan ocurrir	SI	x	NO		La falta de personal de metrologia, puede generar otras no conformidades en el aseguramiento metrologico.

PLAN DE ACCIÓN

N°	Acción a Tomar	Responsable	Fecha propuesta
1	Gestionar y ejecutar un entrenamiento para el personal del LSP en gestión metrologica que incluya la interpretación de los certificados de calibración.	Axel Lombardo Ramirez	2022-09-30
2	Revisar las hojas de vida de los equipos del LSP y verificar que todas cumplen con el numeral 6.4.13 de la norma ISO/IEC 17025:2017. En caso de que no exista la HV del equipo, o que la HV no cumpla con los requerimientos tomar las medidas pertinentes.	Lideres de areas	2022-09-30
3	Gestionar ante la alta dirección la contratación de un profesional competente en el area de metrologia.	Axel Lombardo Ramirez	2022-12-31
4	Las responsabilidades que se asignen al personal del LSP deben ser documentadas mediante correo electronico, actas de reunion u otros medios que permitan hacer seguimiento. Para darle cumplimiento el coordinador del laboratorio le comunicará al personal sobre esta acción.	Axel Lombardo Ramirez	2022-09-06
5			

6			
7			
8			
9			

	GOBERNACION DEL TOLIMA **SECRETARIA DE SALUD** **LABORATORIO DE SALUD PUBLICA**	**CODIGO: LSP-FOR-MC-005** **VERSION: 03** **PAGINA 1 DE 1**
	MACROPROCESO **MEJORA CONTINUA** **TRATAMIENTO DEL TRABAJO NO CONFORME Y ACCIONES CORRECTIVAS**	**VIGENTE DESDE: 2022-06-16**

Fecha de aprobación		Responsable de Aprobación	

VERIFICACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN

Hallazgo	Fecha	Responsable	Registro

¿Se tiene registro fotográfico?	Si		No		Ubicación de los soportes:

SEGUIMIENTO 1

Hallazgo	Fecha	Responsable	Registro

¿Se tiene registro fotográfico?	Si		No		Ubicación de los soportes:

SEGUIMIENTO 2

Hallazgo	Fecha	Responsable	Registro

¿Se tiene registro fotográfico?	Si		No		Ubicación de los soportes:

EFICACIA

Tenga en cuenta: Se ejecuto el plan de acion de acuerdo a lo establecido?, El plan de accion contribuyo a mejorar la gestion del proceso?, Comprobo que el hallazgo no se volvia a presentar o disminuyo su frecuencia?

¿Se eliminó la causa raíz del problema?	Si		No		Fecha de cierre:

	GOBERNACION DEL TOLIMA **SECRETARIA DE SALUD** **LABORATORIO DE SALUD PUBLICA**	**CODIGO: LSP-FOR-MC-005** **VERSION: 03** **PAGINA 1 DE 1**
	MACROPROCESO **MEJORA CONTINUA** **TRATAMIENTO DEL TRABAJO NO CONFORME Y ACCIONES CORRECTIVAS**	**VIGENTE DESDE: 2022-06-16**

AREA	FQ-AGUAS	**FECHA**	**5/09/2022**	**CONSECUTIVO**	
EVENTO	FISICOQUIMICO	**RESPONSABLE**	**LIDER DE CALIDAD**		
DECISION OPORTUNA TOMADA					
ACCIÓN:	CORRECTIVA	**FUENTE DE LA DETECCION**	**AUDITORIA**	**SI ES OTRO, CUAL?**	

DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO

ISO/IEC 17025:2017 Numeral 6.6.3 El laboratorio no siempre comunica a proveedores externos, sus requisitos para;
a) los productos y servicios que se van a suministrar;
b) los criterios de aceptación;
e) la competencia, incluyendo cualquier calificación requerida del personal;
d) las actividades que el laboratorio o sus clientes pretendan llevar a cabo en las instalaciones delproveedor externo.
Evidencia: NO se evidencio que para el servicio contratado de auditoría interna el laboratorio tenga definidos requisitos, criterios de aceptación, y competencia del personal relacionados.

¿SE REQUIERE CORRECIÓN?

SI		**NO**	**x**

DESCRIPCION DE LA CORRECCION:

N.A.

QUIEN DETECTA EL PROBLEMA		**RESPONSABLE DEL PLAN DE ACCIÓN**	
NOMBRE:	BAUDILIO ACEVEDO	NOMBRE:	MARIA ALEJANDRA RODRIGUEZ URUEÑA
CARGO:	AUDITOR	CARGO:	CONTRATISTA

ANÁLISIS DE CAUSAS

Por qué el laboratorio no comunicó a sus proveedores los requisitos tecnicos, criterios de aceptación y competencia para el servicio de auditoria?.

R/. Porque la contratación de la auditoria hacía parte del contrato XXX de XXX-XXX-XXXX en el cual se especificaba la ejecución de una auditoría pero no sus requerimientos.

Por qué no se documentó los requisitos de la auditoria en el contrato XXX de XXX-XXX-XXXX ?

R/. Porque solo se tenia contemplado dentro de los procedimientos del LSP para adquisión de productos, reactivos y/o equipos y no para el servicio de auditoría.

Por qué solo se tenia contemplado dentro de los procedimientos del LSP para adquisión de productos, reactivos y/o equipos y no para el servicio de auditoría?

R/. Porque hace un año, cuando se contrató la asesoría de implementación de la norma ISO/IEC 17025:2017, el sistema de gestión del LSP estaba comenzando y se priorizó los aspectos técnicos como la verificación de metodos, la trazabilidad metrologica, la incertidumbre de medición, la formación del personal, y no se tenía conocimiento sobre los requisitos que debería tener la auditoría.

¿Hay que actualizar los riesgos y oportunidades?	SI		NO	x	
¿Hay que actualizar el Sistema de Gestión 17025?	SI		NO	x	
Existen No Conformidades similares o que potencialmente puedan ocurrir	SI		NO	x	

PLAN DE ACCIÓN

N°	Acción a Tomar	Responsable	Fecha propuesta
1	Actualizar el procedimiento LSP-PRO-AD-007 PROCEDIMIENTO PARA LA SELECCIÓN Y EL CONTROL DE PRODUCTOS Y SERVICIOS EXTERNOS, para complementar y dar cumplimiento al numeral 6.6.2 y 6.6.3 de la norma ISO/IEC 17025:2017	Maria Alejandra Rodriguez	2022-09-12
2	Socializar el procedimiento LSP-PRO-AD-007 con sus cambios respectivos.	Maria Alejandra Rodriguez	2022-09-16
3	Verificar que las compras en curso se realicen de acuerdo al procedimiento LSP-PRO-AD-007	Maria Alejandra Rodriguez	2022-09-30
4	Gestionar y ejecutar una capacitación en adquisión de productos y servicios externos para los lideres de las areas del LSP	Axel Lombardo Ramirez	2022-09-30
5	Supervisar que los productos y servicios adquiridos por el laboratorio se realicen de acuerdo al procedimiento LSP-PRO-AD-007	Axel Lombardo Ramirez	2022-12-31
6			
7			
8			
9			

	GOBERNACION DEL TOLIMA **SECRETARIA DE SALUD** **LABORATORIO DE SALUD PUBLICA**	**CODIGO: LSP-FOR-MC-005** **VERSION: 03** **PAGINA 1 DE 1**
	MACROPROCESO **MEJORA CONTINUA** **TRATAMIENTO DEL TRABAJO NO CONFORME Y ACCIONES CORRECTIVAS**	**VIGENTE DESDE: 2022-06-16**

Fecha de aprobación		Responsable de Aprobación	

VERIFICACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN

Hallazgo	Fecha	Responsable	Registro
Acción No. 1.	2022-09-09	Axel Ramirez - Coordinador de Laboratorio Claudia Gomez -Lider de Calidad Alejandra Rodriguez.- contratista	LSP-PRO-AD-007 Procedimiento para la selección y el control de productos y servicios externos v4 LSP-FOR-MC-013 Solicitud de elaboración, modificación o retiro de documentos v4 para el LSP-PRO-AD-007
Acción No. 2	2022-10-18	Oscar Delgado - contratista	Listado de Asistencia Grabación de la Socialización

¿Se tiene registro fotográfico?	Si		No		Ubicación de los soportes:	

SEGUIMIENTO 1

Hallazgo	Fecha	Responsable	Registro
Acción No. 3			
Acción No. 4			
Acción No. 5			

¿Se tiene registro fotográfico?	Si		No		Ubicación de los soportes:	

SEGUIMIENTO 2

Hallazgo	Fecha	Responsable	Registro

¿Se tiene registro fotográfico?	Si		No		Ubicación de los soportes:	

EFICACIA

Tenga en cuenta: Se ejecuto el plan de acion de acuerdo a lo establecido?, El plan de accion contribuyo a mejorar la gestion del proceso?, Comprobo que el hallazgo no se volvia a presentar o disminuyo su frecuencia?

¿Se eliminó la causa raíz del problema?	Si		No		Fecha de cierre:	

	GOBERNACION DEL TOLIMA **SECRETARIA DE SALUD** **LABORATORIO DE SALUD PUBLICA**	**CODIGO: LSP-FOR-MC-005** **VERSION: 03** **PAGINA 1 DE 1**
	MACROPROCESO **MEJORA CONTINUA** **TRATAMIENTO DEL TRABAJO NO CONFORME Y ACCIONES CORRECTIVAS**	**VIGENTE DESDE: 2022-06-16**

AREA	FQ-AGUAS	**FECHA**	**5/09/2022**	**CONSECUTIVO**	
EVENTO	FISICOQUIMICO	**RESPONSABLE**	**LIDER DE CALIDAD**		
DECISION OPORTUNA TOMADA					
ACCIÓN:	CORRECTIVA	**FUENTE DE LA DETECCION**	**AUDITORIA**	**SI ES OTRO, CUAL?**	

DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO

ISO/IEC 17025:2017 Numeral 7.10.1. c) y d); No para todos los casos el laboratorio asegura que las actividades o los resultados del trabajo cumplan con sus propios procedimientos o requisitos acordados con el cliente. Resultados de seguimiento no cumplen con criterios especificados.

Evidencia: Formato de registro; Seguimiento y análisis del indicador, código; LSP- FOR.MC.015, V1; Se evidencio no cumplimiento de metas mensuales del indicador relacionado con rechazo de muestras; para el mes de enero se obtuvo un 12 % siendo la meta 10%, y a la fecha no se ha diligenciado el análisis de dicha situación, así como las acciones propuestas al respecto. De igual manera para el indicador de procesamiento de muestras (meta 95%) el cual evidencia no cumplimiento para los meses de Junio (16%) y para Julio (81%). Con el indicador semestral para ensayos de aptitud se observa una situación similar con un valor de cumplimiento del 93%, siendo la meta 100%.

¿SE REQUIERE CORRECIÓN?			
SI		**NO**	**x**

DESCRIPCION DE LA CORRECCION:

N.A.

QUIEN DETECTA EL PROBLEMA		**RESPONSABLE DEL PLAN DE ACCIÓN**	
NOMBRE:	BAUDILIO ACEVEDO	NOMBRE:	JULIANA GUARNIZO
CARGO:	AUDITOR	CARGO:	CONTRATISTA

ANÁLISIS DE CAUSAS

Por que el laboratorio no tomó las medidas pertinentes frente al incumplimiento de metas de los indicadores Rechazo de muestras (enero), Procesamiento de muestras (Junio y Julio) y Ensayos de aptitud?

R/. Los responsables de área fueron notificados del incumplimiento de los indicadores pero no tomaron las medidas pertinentes.

Por qué los responsables del área no tomaron las medidas pertinentes frente al incumplimiento de los indicadores?

R/. Porque los lideres encargados no siguen las indicaciones para el seguimiento de los indicadores documentadas en el manual LSP-MAN-MC-004 MANUAL DE ELABORACIÓN Y SEGUIMIENTO A LOS INDICADORES DE GESTIÓN.

Por que los responsables del área no siguen las indicaciones para el seguimiento de los indicadores documentadas en el manual LSP-MAN-MC-004 MANUAL DE ELABORACIÓN Y SEGUIMIENTO A LOS INDICADORES DE GESTIÓN?

R/. Porque no hay supervisión sobre el proceso gestión de indicadores.

Por qué no hay supervisión sobre el proceso gestión de indicadores?

R/. No estan documentadas dentro de las funciones del personal y se han realizado de manera informal.

¿Hay que actualizar los riesgos y oportunidades?	SI		NO	x	
¿Hay que actualizar el Sistema de Gestión 17025?	SI		NO	x	
Existen No Conformidades similares o que potencialmente puedan ocurrir	SI		NO	x	

PLAN DE ACCIÓN

N°	Acción a Tomar	Responsable	Fecha propuesta
1	Actualizar el manual LSP-MAN-MC-004 MANUAL DE ELABORACIÓN Y SEGUIMIENTO A LOS INDICADORES DE GESTIÓN para dejar de forma explicita las responsabilidades de los lideres de área en la gestión de los planes de acción cuando hay incumplimiento de los indicadores.	LIDER DE CALIDAD	2022-09-13
2	Socializar los cambios pertienentes en el manual LSP-MAN-MC-004	LIDER DE CALIDAD	2022-09-15
3	Realizar una capacitación sobre gestion de indicadores enfocada en la importancia del cumplimiento de las metas establecidas.	JULIANA GUARNIZO	2022-09-16

4	Reevaluar las metas de los indicadores con metas superiores al 90% de cumplimiento para ajustar la gestión de indicadores a la realidad del laboratorio.	LIDERES DE AREA	2022-09-30
5	Realizar supervisión al proceso de gestión de indicadores	JULIANA GUARNIZO	2022-12-31
6			
7			
8			
9			

	GOBERNACION DEL TOLIMA **SECRETARIA DE SALUD** **LABORATORIO DE SALUD PUBLICA**	**CODIGO: LSP-FOR-MC-005** **VERSION: 03** **PAGINA 1 DE 1**
	MACROPROCESO / **MEJORA CONTINUA** **TRATAMIENTO DEL TRABAJO NO CONFORME Y ACCIONES CORRECTIVAS**	**VIGENTE DESDE: 2022-06-16**

Fecha de aprobación		Responsable de Aprobación	

VERIFICACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN

Hallazgo	Fecha	Responsable	Registro
Acción No. 1.	2022-10-18	Axel Ramirez - Coordinador de Laboratorio Claudia Gomez -Lider de Calidad Alejandra Rodriguez.- contratista	LSP-MAN-MC-004 Manual de elaboración y seguimiento a los indicadores de gestión v6 LSP-FOR-MC-013 Solicitud de elaboración, modificación o retiro de documentos v4 para el LSP-MAN-MC-004
Acción No. 2	2022-10-18	Oscar Delgado - contratista	Listado de Asistencia Grabación de la Socialización

¿Se tiene registro fotográfico?	Si		No		Ubicación de los soportes:

SEGUIMIENTO 1

Hallazgo	Fecha	Responsable	Registro

¿Se tiene registro fotográfico?	Si		No		Ubicación de los soportes:

SEGUIMIENTO 2

Hallazgo	Fecha	Responsable	Registro

¿Se tiene registro fotográfico?	Si		No		Ubicación de los soportes:

EFICACIA

Tenga en cuenta: Se ejecuto el plan de acion de acuerdo a lo establecido?, El plan de accion contribuyo a mejorar la gestion del proceso?, Comprobo que el hallazgo no se volvia a presentar o disminuyo su frecuencia?

¿Se eliminó la causa raíz del problema?	Si		No		Fecha de cierre:	

	GOBERNACION DEL TOLIMA **SECRETARIA DE SALUD** **LABORATORIO DE SALUD PUBLICA**	**CODIGO: LSP-FOR-MC-005** **VERSION: 03** **PAGINA 1 DE 1**
	MACROPROCESO **MEJORA CONTINUA** **TRATAMIENTO DEL TRABAJO NO CONFORME Y ACCIONES CORRECTIVAS**	**VIGENTE DESDE: 2022-06-16**

AREA	CALIDAD	**FECHA**	**7/09/2022**	**CONSECUTIVO**	**0009**
EVENTO	FISICOQUIMICO	**RESPONSABLE**	**LIDER DE CALIDAD**		
DECISION OPORTUNA TOMADA					
ACCIÓN:	MEJORA	**FUENTE DE LA DETECCION**	**AUDITORIA**	**SI ES OTRO, CUAL?**	

DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO

Revisar la redacción del manual de calidad creado por el laboratorio, de tal manera que se evite la generalización y cada ítem sea especifico a como se da cumplimiento por parte del laboratorio al requisito tratado. Tener en cuenta la inclusión de los parámetros a presentar para evaluación de acreditación ONAC en el alcance

¿SE REQUIERE CORRECIÓN?

SI		**NO**	

DESCRIPCION DE LA CORRECCION:

Realizar actualizacion del manual de calidad LSP-MAN-MC-001

QUIEN DETECTA EL PROBLEMA		**RESPONSABLE DEL PLAN DE ACCIÓN**	
NOMBRE:	BAUDILIO ACEVEDO	NOMBRE:	CLAUDIA MERCEDES GOMEZ VILLANUEVA
CARGO:	AUDITOR	CARGO:	Lider de calidad

ANÁLISIS DE CAUSAS

No Aplica

¿Hay que actualizar los riesgos y oportunidades?	SI		NO		
¿Hay que actualizar el Sistema de Gestión 17025?	SI		NO		-
Existen No Conformidades similares o que potencialmente puedan ocurrir	SI		NO		

PLAN DE ACCIÓN

N°	Acción a Tomar	Responsable	Fecha propuesta
1	Realizar actualizacion del manual de calidad en cada ítem especifico a como se da cumplimiento por parte del laboratorio nombrando los procedimientos relacionados y un anexo sobre el alcance del manual	Lider de calidad	2022-09-30
2	Socializar los cambios realizados en el manual de calidad	Oscar Delgado	2022-10-07
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

	GOBERNACION DEL TOLIMA SECRETARIA DE SALUD LABORATORIO DE SALUD PUBLICA	CODIGO: LSP-FOR-MC-005 VERSION: 03 PAGINA 1 DE 1
	MACROPROCESO: MEJORA CONTINUA TRATAMIENTO DEL TRABAJO NO CONFORME Y ACCIONES CORRECTIVAS	VIGENTE DESDE: 2022-06-16

Fecha de aprobación	2022-09-07	Responsable de Aprobación	Axel Lombardo Ramirez Rivera

VERIFICACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN

Hallazgo	Fecha	Responsable	Registro
Acción No. 1.	2022-10-10	Axel Ramirez - Coordinador de Laboratorio Claudia Gomez -Lider de Calidad Oscar Delgado - contratista Sergio Guevara - Contratista	LSP-FOR-MC-013 Solicitud de elaboración, modificación o retiro de documentos v4 para el LSP-MAN-MC-001, Se realizan los cambios, se envia a la alta dirección y esta pendiente por aprobación.

¿Se tiene registro fotográfico?	Si		No		Ubicación de los soportes:	

SEGUIMIENTO 1

Hallazgo	Fecha	Responsable	Registro

¿Se tiene registro fotográfico?	Si		No		Ubicación de los soportes:	

SEGUIMIENTO 2

Hallazgo	Fecha	Responsable	Registro

¿Se tiene registro fotográfico?	Si		No		Ubicación de los soportes:	

EFICACIA

Tenga en cuenta: Se ejecuto el plan de acion de acuerdo a lo establecido?, El plan de accion contribuyo a mejorar la gestion del proceso?, Comprobo que el hallazgo no se volvia a presentar o disminuyo su frecuencia?

¿Se eliminó la causa raíz del problema?	Si		No		Fecha de cierre:	

	GOBERNACION DEL TOLIMA **SECRETARIA DE SALUD** **LABORATORIO DE SALUD PUBLICA**	**CODIGO: LSP-FOR-MC-005** **VERSION: 03** **PAGINA 1 DE 1**
	MACROPROCESO **MEJORA CONTINUA** **TRATAMIENTO DEL TRABAJO NO CONFORME Y ACCIONES CORRECTIVAS**	**VIGENTE DESDE: 2022-06-16**

AREA	CALIDAD	**FECHA**	**7/09/2022**	**CONSECUTIVO**	**0011**
EVENTO	FISICOQUIMICO	**RESPONSABLE**	**OSCAR ALEXANDER DELGADO**		
DECISION OPORTUNA TOMADA					
ACCIÓN:	MEJORA	**FUENTE DE LA DETECCION**	**AUDITORIA**	**SI ES OTRO, CUAL?**	

DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO

Realizar socialización de reglas de acreditación y criterios de acreditación específicos de ONAC.

¿SE REQUIERE CORRECIÓN?

SI	**x**	**NO**	

DESCRIPCION DE LA CORRECCION:

Realizar socialización de reglas de acreditación y criterios de acreditación específicos de ONAC. CEA-3.0-02 versión 06, Criterios específicos de acreditación - Trazabilidad metrológica, CEA-3.0-04 Versión 03, Política para la participación en ensayos de aptitud (EA) en laboratorios, reglas del servicio de acreditación. RAC-3.0-01 Versión 08, reglamento de uso de los símbolos de acreditado y/o asociado. RAC-3.0-03 Versión 6

QUIEN DETECTA EL PROBLEMA		**RESPONSABLE DEL PLAN DE ACCIÓN**	
NOMBRE:	BAUDILIO ACEVEDO	NOMBRE:	Oscar Alexander Delgado
CARGO:	0	CARGO:	Contratista

ANÁLISIS DE CAUSAS

No Aplica

¿Hay que actualizar los riesgos y oportunidades?	SI		NO	x	
¿Hay que actualizar el Sistema de Gestión 17025?	SI		NO	x	-
Existen No Conformidades similares o que potencialmente puedan ocurrir	SI		NO	x	

PLAN DE ACCIÓN

N°	Acción a Tomar	Responsable	Fecha propuesta
1	Realizar socialización de reglas de acreditación y criterios de acreditación específicos de ONAC. CEA-3.0-02 versión 06, Criterios específicos de acreditación - Trazabilidad metrológica, CEA-3.0-04 Versión 03, Política para la participación en ensayos de aptitud (EA) en laboratorios, reglas del servicio de acreditación. RAC-3.0-01 Versión 08, reglamento de uso de los símbolos de acreditado y/o asociado. RAC-3.0-03 Versión 6	Oscar Delgado	2022-09-16
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

	GOBERNACION DEL TOLIMA **SECRETARIA DE SALUD** **LABORATORIO DE SALUD PUBLICA**	**CODIGO: LSP-FOR-MC-005** **VERSION: 03** **PAGINA 1 DE 1**
	MACROPROCESO **MEJORA CONTINUA** **TRATAMIENTO DEL TRABAJO NO CONFORME Y ACCIONES CORRECTIVAS**	**VIGENTE DESDE: 2022-06-16**

Fecha de aprobación	2022-09-07	Responsable de Aprobación	Axel Lombardo Ramirez Rivera

VERIFICACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN

Hallazgo	Fecha	Responsable	Registro
Acción No. 1	2022-09-23	Oscar Delgado - contratista	Listado de Asistencia Grabación de la Socialización

¿Se tiene registro fotográfico?	Si		No		Ubicación de los soportes:	

SEGUIMIENTO 1

Hallazgo	Fecha	Responsable	Registro

¿Se tiene registro fotográfico?	Si		No		Ubicación de los soportes:	

SEGUIMIENTO 2

Hallazgo	Fecha	Responsable	Registro

¿Se tiene registro fotográfico?	Si		No		Ubicación de los soportes:	

EFICACIA

Tenga en cuenta: Se ejecuto el plan de acion de acuerdo a lo establecido?, El plan de accion contribuyo a mejorar la gestion del proceso?, Comprobo que el hallazgo no se volvia a presentar o disminuyo su frecuencia?

¿Se eliminó la causa raíz del problema?	Si		No		Fecha de cierre:	

	GOBERNACION DEL TOLIMA **SECRETARIA DE SALUD** **LABORATORIO DE SALUD PUBLICA**	**CODIGO: LSP-FOR-MC-005** **VERSION: 03** **PAGINA 1 DE 1**
	MACROPROCESO **MEJORA CONTINUA** **TRATAMIENTO DEL TRABAJO NO CONFORME Y ACCIONES CORRECTIVAS**	**VIGENTE DESDE: 2022-06-16**

AREA	CALIDAD	**FECHA**	**7/09/2022**	**CONSECUTIVO**	**0012**
EVENTO	FISICOQUIMICO	**RESPONSABLE**	**MARIA ALEJANDRA RODRIGUEZ**		
DECISION OPORTUNA TOMADA					
ACCIÓN:	MEJORA	**FUENTE DE LA DETECCION**	**AUDITORIA**	**SI ES OTRO, CUAL?**	

DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO

Es importante ampliar el documento de confidencialidad a personal externo, así como aclarar que con los contratistas y con los funcionarios se asegura como acuerdo legalmente ejecutable a través de cláusulas en los respetivos contratos

¿SE REQUIERE CORRECIÓN?

SI	**x**	**NO**	

DESCRIPCION DE LA CORRECCION:

Realizar actualizacion del LSP-FOR-GA-004 COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD E IMPARCIALIDAD

QUIEN DETECTA EL PROBLEMA		**RESPONSABLE DEL PLAN DE ACCIÓN**	
NOMBRE:	BAUDILIO ACEVEDO	NOMBRE:	Maria Alejandra Rodriguez
CARGO:	AUDITOR	CARGO:	Contratista

ANÁLISIS DE CAUSAS

No Aplica

¿Hay que actualizar los riesgos y oportunidades?	SI		NO	x	
¿Hay que actualizar el Sistema de Gestión 17025?	SI		NO	x	-
Existen No Conformidades similares o que potencialmente puedan ocurrir	SI		NO	x	

PLAN DE ACCIÓN

N°	Acción a Tomar	Responsable	Fecha propuesta
1	Realizar actualizacion del LSP-FOR-GA-004 COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD E IMPARCIALIDAD	Maria Alejandra Rodriguez	2022-09-12
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

	GOBERNACION DEL TOLIMA **SECRETARIA DE SALUD** **LABORATORIO DE SALUD PUBLICA**	**CODIGO: LSP-FOR-MC-005** **VERSION: 03** **PAGINA 1 DE 1**
	MACROPROCESO **MEJORA CONTINUA** **TRATAMIENTO DEL TRABAJO NO CONFORME Y ACCIONES CORRECTIVAS**	**VIGENTE DESDE: 2022-06-16**

Fecha de aprobación	2022-09-07	Responsable de Aprobación	Axel Lombardo Ramirez Rivera

VERIFICACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN

Hallazgo	Fecha	Responsable	Registro
Acción No. 1.	2022-09-09	Axel Ramirez - Coordinador de Laboratorio Claudia Gomez -Lider de Calidad Alejandra Rodriguez.- contratista	LSP-FOR-GA-004 Compromiso de confidencialidad e imparcialidad v4 LSP-FOR-MC-013 Solicitud de elaboración, modificación o retiro de documentos v4 para el LSP-FOR-GA-004

¿Se tiene registro fotográfico?	Si		No		Ubicación de los soportes:	

SEGUIMIENTO 1

Hallazgo	Fecha	Responsable	Registro

¿Se tiene registro fotográfico?	Si		No		Ubicación de los soportes:	

SEGUIMIENTO 2

Hallazgo	Fecha	Responsable	Registro

¿Se tiene registro fotográfico?	Si		No		Ubicación de los soportes:	

EFICACIA

Tenga en cuenta: Se ejecuto el plan de acion de acuerdo a lo establecido?, El plan de accion contribuyo a mejorar la gestion del proceso?, Comprobo que el hallazgo no se volvia a presentar o disminuyo su frecuencia?

¿Se eliminó la causa raíz del problema?	Si		No		Fecha de cierre:	

4	Para el personal que no cumpla con el requisito anterior, programar la supervision de proceso acorde al procedimiento.	Lideres de area	2022-09-09
5	Continuar con los ejercicios de supervision de los procesos y en caso de incumplimientos seguir el procedimiento de trabajo no conforme o acciones correctivas según corresponda.	Lideres de area	2022-12-31
6			
7			
8			
9			

10			

	GOBERNACION DEL TOLIMA **SECRETARIA DE SALUD** **LABORATORIO DE SALUD PUBLICA**	**CODIGO: LSP-FOR-MC-005** **VERSION: 03** **PAGINA 1 DE 1**
MACROPROCESO	**MEJORA CONTINUA**	**VIGENTE DESDE:** **2022-06-16**
	TRATAMIENTO DEL TRABAJO NO CONFORME Y ACCIONES CORRECTIVAS	

Fecha de aprobación	2022-09-05	Responsable de Aprobación	Axel Lombardo Ramirez

VERIFICACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN

Hallazgo	Fecha	Responsable	Registro
Acción No. 1.	2022-09-09	Axel Ramirez - Coordinador de Laboratorio Claudia Gomez -Lider de Calidad Alejandra Rodriguez.- contratista	LSP-PRO-AD-003 Procedimiento inducción, entrenamiento, autorización, supervisión y evaluación del personal v4 LSP-FOR-MC-013 Solicitud de elaboración, modificación o retiro de documentos v4 para el LSP-PRO-AD-003
Acción No. 2	2022-10-18	Oscar Delgado - contratista	Listado de Asistencia Grabación de la Socialización

¿Se tiene registro fotográfico?	Si		No	X	Ubicación de los soportes:	

SEGUIMIENTO 1

Hallazgo	Fecha	Responsable	Registro

¿Se tiene registro fotográfico?	Si		No		Ubicación de los soportes:	

SEGUIMIENTO 2

Hallazgo	Fecha	Responsable	Registro

¿Se tiene registro fotográfico?	Si		No		Ubicación de los soportes:	

EFICACIA

Tenga en cuenta: Se ejecuto el plan de acion de acuerdo a lo establecido?, El plan de accion contribuyo a mejorar la gestion del proceso?, Comprobo que el hallazgo no se volvia a presentar o disminuyo su frecuencia?

¿Se elimino la causa raiz del problema?	Si		No		Fecha de cierre:	