PROCESO DE GESTIÓN CONTRACTUAL

ETAPA CONTRACTUAL

FORMATO
INFOME DE SUPERVISIÓN

INFORME DE SUPERVISIÓN No. 1 del 23/12/2022	
DIRECCIÓN, ÁREA, REGIONAL O CENTRO ORDENADORA DE GASTO:	COMPLEJO TECNOLÓGICO AGROINDUSTRIAL, PECUARIO Y TURÍSTICO DEL SENA
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	MARTHA CECILIA URIBE RAMÍREZ
APOYO A LA SUPERVISIÓN:	JOSE FERNANDO LOPEZ VARGAS
CONTRATO No:	CO1.PCCNTR.4117766 de 2022
TIPO DE CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS
OBJETO:	PRESTAR EL SERVICIO DE AUDITORÍA INTERNA BAJO LA NORMA ISO 17025:2017 AL LABORATORIO AGROAMBIENTAL DEL COMPLEJO TECNOLÓGICO AGROINDUSTRIAL, PECUARIO Y TURÍSTICO DEL SENA.
VALOR:	ONCE MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y DOS MIL PESOS ($11.662.000).
CONTRATISTA:	QUIRAL CONSULTORES S.A.S
NIT/CC:	901151872
LUGAR DE EJECUCIÓN:	COMPLEJO TECNOLOGICO AGROINDUSTRIAL PECUARIO Y TURISTICO
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	21/10/2022
FECHA DE INICIO:	27/10/2022
FECHA DE FINALIZACIÓN:	26/12/2022
PLAZO INICIAL DEL CONTRATO:	60 DIAS
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	ONCE MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y DOS MIL PESOS ($11.662.000).
VALOR ACTUAL DEL CONTRATO:	ONCE MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y DOS MIL PESOS ($11.662.000).
PRÓRROGA No 1:	N/A
ADICIÓN No. 1:	NA
SUSPENSIÓN No. 1:	N/A
FORMA DE PAGO:	El valor señalado se pagará al contratista mediante un pago único,que se realizara dentro de los treinta (30)días siguientes de haberse

1 PAGO CORRESPONDIENTE AL 100% DEL VALOR DEL CONTRATO.	recibido a entera satisfacción los entregables descritos en el estudio previo y ejecutado el servicio descrito en el objeto, previa presentación de la correspondiente factura con el lleno de los requisitos administrativos y fiscales exigidos por la ley y la Entidad, a la cual se deberán anexar los siguientes documentos sin los cuales no se le dará tramite al pago: a) Certificado de recibo a entera satisfacción firmado por el Supervisor del contrato. b) Certificado de paz y salvo suscrito por el revisor fiscal y/o el representante legal, donde acredite el cumplimiento de aportes parafiscales y de seguridad social. (Resolución No. 2090 de 2005), correspondientes al pago al Sistema de Seguridad Social Integral (Planilla Integrada - EPS, Pensiones y ARL), (SENA, ICBF y Cajas de Compensación), de conformidad con lo exigido en la ley 789 de 2002. c) Orden de Pago impartida por el Ordenador del Gasto del Complejo Tecnológico Agroindustrial, Pecuario y Turístico, hecho que se realizará al interior de la Entidad. Si la factura no ha sido correctamente elaborada o no se acompaña con la totalidad de los documentos requeridos para el pago, el término de los treinta (30) días a que se hace referencia, sólo empezará a contarse a partir de la fecha en que el contratista haya aportado la documentación correcta. Todos los impuestos, retenciones y gastos que se causen por razón de la legalización y ejecución del contrato, incluidas la constitución de la garantía única de cumplimiento en caso de que se le requiera, son descargo EXCLUSIVO del contratista. Por lo tanto, los precios ofrecidos deberán contemplar tales conceptos. La factura deberá venir a nombre de Servicio Nacional de Aprendizaje - SENA, NIT 899.999.034-1 y cumplir con lo estipulado en el artículo 616-1 y 617 del Estatuto Tributario. Nota: los valores deben ser facturados antes de IVA con números enteros (no decimales) y su respectivo IVA debe ser discriminado indicando a que porcentaje equivale. Nota: Las acciones que debo realizar el proveedor o contratista obligado a facturar electrónicamente, son descritas en la Circular Sena No.182 de 2021 emitida por Dirección General del SENA, concomitante con el Decreto 358 de 2020.

Especificaciones técnicas del objeto a contratar, de acuerdo con numeral 7 del estudio previo:

OBLIGACIONES	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTO
La auditoría deberá tener el siguiente alcance: Norma NTC-ISO/IEC 17025:2017 enfatizando la verificación del	Se realiza auditoria conforme las condiciones	1 Plan de auditoria 1 Informe final de auditoría. El servicio se recibe a

cumplimiento en los aspectos de: • Requisitos generales **1** (Numeral 4) • Requisitos relativos a la estructura (Numeral 5) • Requisitos relativos a los recursos (Numeral 6) • Requisitos del proceso (Numeral 7) • Requisitos del sistema de gestión (Numeral 8) En el alcance se revisarán los requisitos Técnicos como documentos y registros enfatizando la verificación del cumplimiento en los aspectos de: PERSONAL, INSTALACIONES Y CONDICIONES AMBIENTALES, EQUIPAMIENTO, TRAZABILIDAD METROLÓGICA, MANEJO DE MUESTRAS, SELECCIÓN, **VERIFICACIÓN Y VALIDACIÓN** DE MÉTODOS, MANIPULACIÓN DE ITEMS DE ENSAYO, REGISTROS TÉCNICOS, EVALUACIÓN DE LA INCERTIDUMBRE DE LA **MEDICIÓN, ASEGURAMIENTO** DE LA VALIDEZ DE LOS RESULTADOS, INFORMES DE RESULTADOS Y CONTROL DE LOS DATOS Y GESTIÓN DE LA **INFORMACIÓN.**	técnicas contempladas en el estudio previo.	satisfacción y cuenta con VoBo del área técnica, así como del personal de SST, respecto a cumplimiento de requisitos.
1. Ejecutar el objeto de este contrato de acuerdo con los requerimientos y demás condiciones técnicas exigidas en la presente invitación y cada una de las obligaciones que se deriven del contrato que se suscriba	Se realizó la prestación del servicio de acuerdo con las condiciones técnicas requeridas en los estudios previos y conforme a la oferta presentada por el proponente, lo cual fue verificado por el supervisor y personal de apoyo Técnico, de Seguridad y Salud en el Trabajo.	Servicio debidamente recibido y cumpliendo con los requerimientos del Centro, de acuerdo con VoBo equipo técnico y relacionados en Factura No FQ-65.
2. Ejecutar el objeto del contrato en los plazos establecidos y bajo las condiciones económicas, técnicas y financieras contenidas en el proceso.	Se prestó el servicio en los plazos y bajo las condiciones	Servicios debidamente recibidos y cumpliendo con los requerimientos del Centro, de acuerdo con

	económicas, técnicas y financieras.	VoBo equipo técnico y relacionados en Factura No FQ-65.
3. Prestar el servicio objeto del contrato con personal técnico calificado, utilizando materiales, mano de obra y demás elementos de excelente calidad.	Se prestó el servicio en los plazos y bajo las condiciones económicas, técnicas yfinancieras.	Servicios debidamente recibidos y cumpliendo con los requerimientos del Centro, de acuerdo con VoBo equipo técnico y relacionados en Factura No FQ-65.
4. Garantizar la calidad de los bienes o servicios y el cumplimiento de la entrega en la hora y sitio establecido por el supervisor del contrato.	Se prestó el servicio bajo las condiciones decalidad y cumpliendo conhora y sitio de entrega.	Servicios debidamente recibidos y cumpliendo con los requerimientos del Centro, de acuerdo con VoBo equipo técnico y relacionados en Factura No FQ-65.
5. Entregar el servicio contratado con seriedad, responsabilidad, profesionalidad, eficacia, oportunidad y calidad, en el lugar donde el centro lo requiera.	Se prestó el servicio bajo criterios de seriedad, responsabilidad, profesionalismo, eficacia, oportunidad y calidad establecidos en losestudios previos.	Servicios debidamente recibidos y cumpliendo con los requerimientos del Centro, de acuerdo con VoBo equipo técnico y relacionados en Factura No FQ-65.
6. Las demás obligaciones que sean del carácter del contrato de servicios contratado como resultado de la presente Invitación y las demás que por Ley le corresponda.	Se realizó la prestación del servicio de acuerdo con las condiciones técnicas requeridas en los estudios previos y conforme a la oferta presentada por el proponente, lo cual fue verificado por el supervisor y personal de apoyo Técnico, de Seguridad y Salud en el Trabajo.	Servicio debidamente recibido y cumpliendo con los requerimientos del Centro, de acuerdo con VoBo equipo técnico y relacionados en Factura No FQ-65.

7. El contratista debe entregar el informe de auditoría con sus respectivo anexos o soportes.	**Se recibe informe de auditoría con sus respectivos anexos.**	Servicio debidamente recibido y cumpliendo con los requerimientos del Centro, de acuerdo con VoBo equipo técnico y relacionados en Factura No FQ-65.

Productos a entregar por el contratista, de acuerdo con numeral 15 del estudio previo:

PRODUCTOS A ENTREGAR	**ACTIVIDADES REALIZADAS**	**PRODUCTO**
El contratista debe prestar el servicio de acuerdo con las características establecidas en el presente estudio, debe entregar el informe de auditoría con sus respectivo anexos o soportes	Se realiza auditoria conforme las condiciones técnicas contempladasen el estudio previo.	1 Plan de auditoría. 1 Informe final de auditoria.

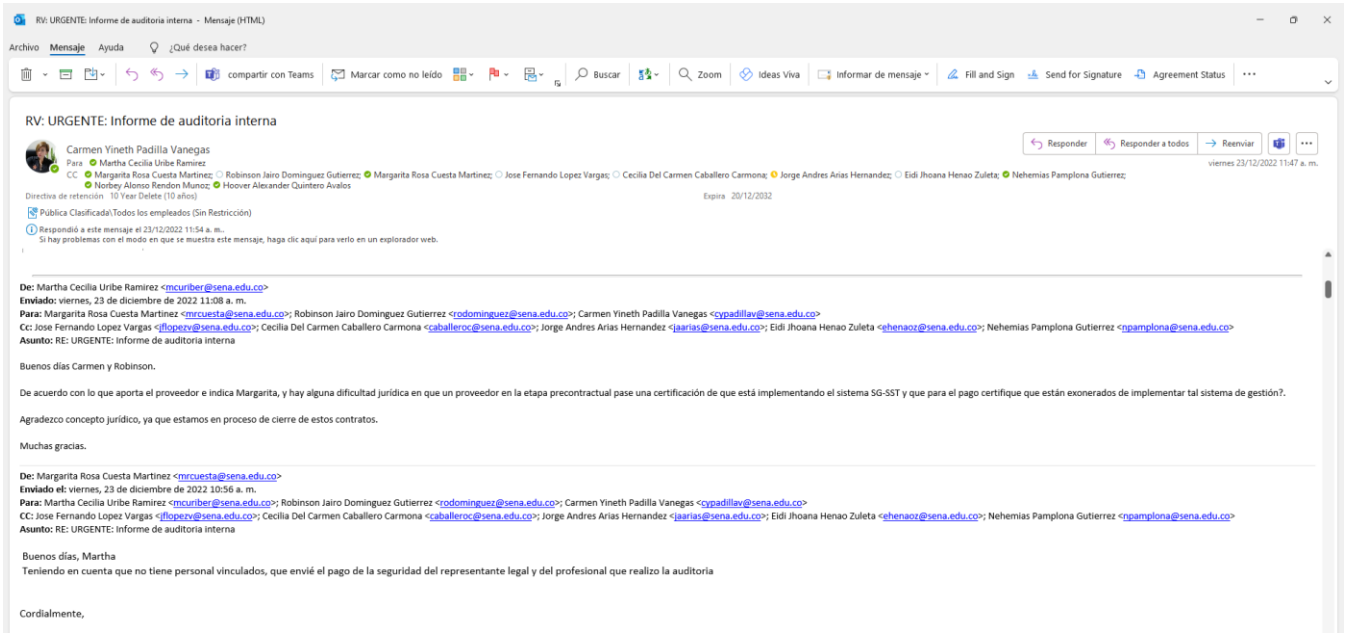
Fecha	**No. De Factura**	**Valor a cancelar**	**Valor ejecutado**	**Saldo del contrato**	**% ejecución financiera**	**% ejecución física**
23/12/2022	**FQ-65**	**$11.662.000**	**$11.662.000**	**%0**	**100%**	**100%**

A continuación se relacionan los requisitos ambientales y de SST:

Criterio SST	Soporte / Evidencia	Periodicidad	Observación
En relación con los requisitos de SST el contratista debe contar con el Sistema de Gestión de la SST adaptado al tamaño y características de la empresa	Certificado por representante legal donde indica que no tiene trabajadores directamente vinculados y por tanto está exonerado de l autoevaluación de estándares mínimos del SG-SST.	Única vez	Precontractual. Se cuenta con concepto del área jurídica del Centro que establece lo siguiente " al entender que la Empresa no reúne las características requeridas; no hace parte de los grupos señalados y no cuenta con

			empleados o contratistas personas naturales, se puede concluir legítimamente que no está obligada a implementar el SG-SST a la luz de las disposiciones legales vigentes. “
Licencia de SST del profesional que lidera el SG-SST	Certificado por representante legal donde indica que no tiene trabajadores directamente vinculados y por tanto está exonerado de la autoevaluación de estándares mínimos del SG-SST.	Única vez	Contractual Se cuenta con concepto del área jurídica del Centro que establece lo siguiente “ al entender que la Empresa no reúne las características requeridas; no hace parte de los grupos señalados y no cuenta con empleados o contratistas personas naturales, se puede concluir legítimamente que no está obligada a implementar el SG-SST a la luz de las disposiciones legales vigentes. “
Pagos de seguridad Social, donde se evidencia la cotización al nivel de riesgo acorde a la actividad desarrollada.	Pago seguridad social del profesional que presta el servicio de auditoría	Única vez	Precontractual y contractual Se presenta pago de seguridad social.

Frente al cumplimiento del SG-SST, se cuenta con la siguiente orientación jurídica:



RV: URGENTE: Informe de auditoria interna - Mensaje (HTML)

Archivo Mensaje Ayuda ¿Qué desea hacer?

compartir con Teams | Marcar como no leído | Buscar | Zoom | Ideas Viva | Informar de mensaje | Fill and Sign | Send for Signature | Agreement Status

RV: URGENTE: Informe de auditoria interna

Carmen Yineth Padilla Vanegas

Para: Martha Cecilia Uribe Ramirez

CC: Margarita Rosa Cuesta Martinez; Robinson Jairo Dominguez Gutierrez; Margarita Rosa Cuesta Martinez; Jose Fernando Lopez Vargas; Cecilia Del Carmen Caballero Carmona; Jorge Andres Arias Hernandez; Eidi Jhoana Henao Zuleta; Nehemias Pamplona Gutierrez; Norbey Alonso Rendon Munoz; Hoover Alexander Quintero Avalos

Responder | Responder a todos | Reenviar

viernes 23/12/2022 11:47 a. m.

Directiva de retención 10 Year Delete (10 años) Expira 20/12/2032

Pública Clasificada\Todos los empleados (Sin Restricción)

Respondió a este mensaje el 23/12/2022 11:54 a. m.

Si hay problemas con el modo en que se muestra este mensaje, haga clic aquí para verlo en un explorador web.

De: Martha Cecilia Uribe Ramirez <mcuriber@sena.edu.co>
Enviado: viernes, 23 de diciembre de 2022 11:08 a. m.
Para: Margarita Rosa Cuesta Martinez <mrcuesta@sena.edu.co>; Robinson Jairo Dominguez Gutierrez <rodominguez@sena.edu.co>; Carmen Yineth Padilla Vanegas <cypadillav@sena.edu.co>
Cc: Jose Fernando Lopez Vargas <jflopezv@sena.edu.co>; Cecilia Del Carmen Caballero Carmona <caballeroc@sena.edu.co>; Jorge Andres Arias Hernandez <jaarias@sena.edu.co>; Eidi Jhoana Henao Zuleta <ehenaoz@sena.edu.co>; Nehemias Pamplona Gutierrez <npamplona@sena.edu.co>
Asunto: RE: URGENTE: Informe de auditoria interna

Buenos días Carmen y Robinson.

De acuerdo con lo que aporta el proveedor e indica Margarita, y hay alguna dificultad jurídica en que un proveedor en la etapa precontractual pase una certificación de que está implementando el sistema SG-SST y que para el pago certifique que están exonerados de implementar tal sistema de gestión?.

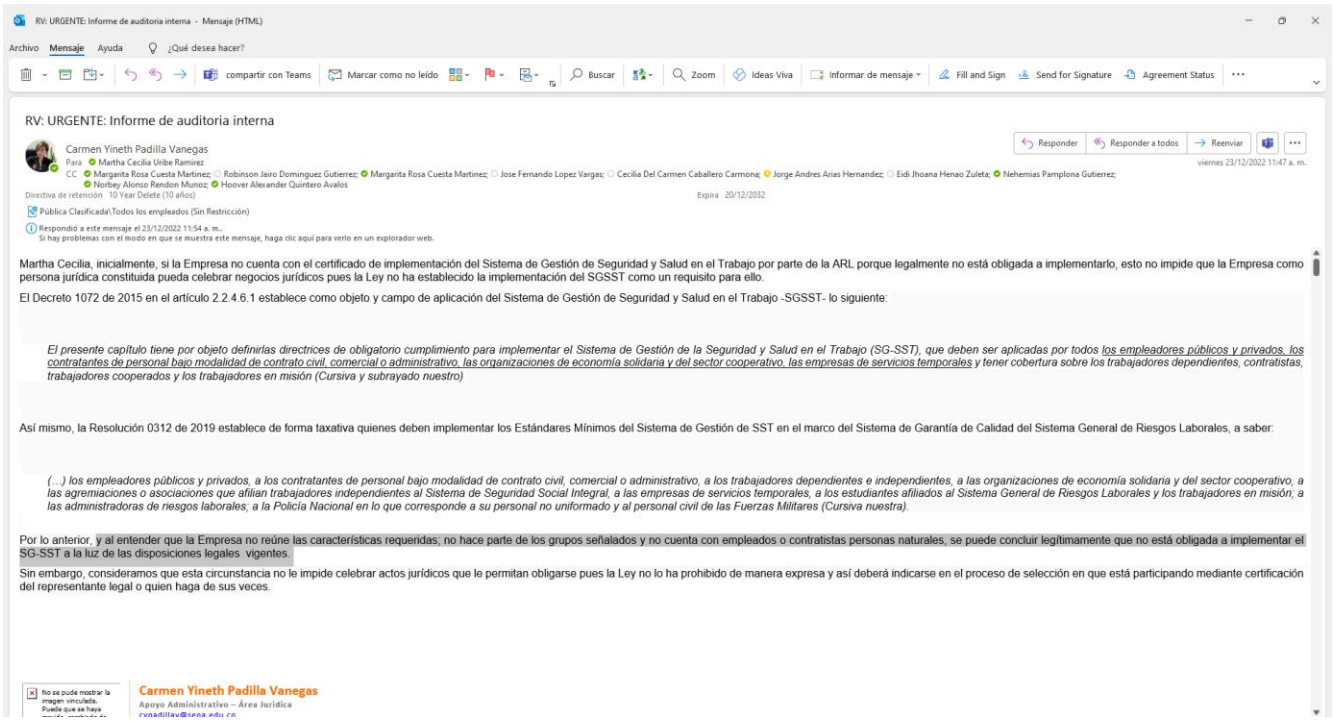
Agradezco concepto jurídico, ya que estamos en proceso de cierre de estos contratos.

Muchas gracias.

De: Margarita Rosa Cuesta Martinez <mrcuesta@sena.edu.co>
Enviado el: viernes, 23 de diciembre de 2022 10:56 a. m.
Para: Martha Cecilia Uribe Ramirez <mcuriber@sena.edu.co>; Robinson Jairo Dominguez Gutierrez <rodominguez@sena.edu.co>; Carmen Yineth Padilla Vanegas <cypadillav@sena.edu.co>
CC: Jose Fernando Lopez Vargas <jflopezv@sena.edu.co>; Cecilia Del Carmen Caballero Carmona <caballeroc@sena.edu.co>; Jorge Andres Arias Hernandez <jaarias@sena.edu.co>; Eidi Jhoana Henao Zuleta <ehenaoz@sena.edu.co>; Nehemias Pamplona Gutierrez <npamplona@sena.edu.co>
Asunto: RE: URGENTE: Informe de auditoria interna

Buenos días, Martha
Teniendo en cuenta que no tiene personal vinculados, que envié el pago de la seguridad del representante legal y del profesional que realizo la auditoria

Cordialmente,



RV: URGENTE: Informe de auditoria interna - Mensaje (HTML)

Archivo Mensaje Ayuda ¿Qué desea hacer?

compartir con Teams | Marcar como no leído | Buscar | Zoom | Ideas Viva | Informar de mensaje | Fill and Sign | Send for Signature | Agreement Status

RV: URGENTE: Informe de auditoria interna

Carmen Yineth Padilla Vanegas

Para: Martha Cecilia Uribe Ramirez

CC: Margarita Rosa Cuesta Martinez; Robinson Jairo Dominguez Gutierrez; Margarita Rosa Cuesta Martinez; Jose Fernando Lopez Vargas; Cecilia Del Carmen Caballero Carmona; Jorge Andres Arias Hernandez; Eidi Jhoana Henao Zuleta; Nehemias Pamplona Gutierrez; Norbey Alonso Rendon Munoz; Hoover Alexander Quintero Avalos

Responder | Responder a todos | Reenviar

viernes 23/12/2022 11:47 a. m.

Directiva de retención 10 Year Delete (10 años) Expira 20/12/2032

Pública Clasificada\Todos los empleados (Sin Restricción)

Respondió a este mensaje el 23/12/2022 11:54 a. m.

Si hay problemas con el modo en que se muestra este mensaje, haga clic aquí para verlo en un explorador web.

Martha Cecilia, inicialmente, si la Empresa no cuenta con el certificado de implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo por parte de la ARL porque legalmente no está obligada a implementarlo, esto no impide que la Empresa como persona jurídica constituida pueda celebrar negocios jurídicos pues la Ley no ha establecido la implementación del SGSST como un requisito para ello.

El Decreto 1072 de 2015 en el artículo 2.2.4.6.1 establece como objeto y campo de aplicación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo -SGSST- lo siguiente:

El presente capítulo tiene por objeto definirlas directrices de obligatorio cumplimiento para implementar el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), que deben ser aplicadas por todos los empleadores públicos y privados, los contratantes de personal bajo modalidad de contrato civil, comercial o administrativo, las organizaciones de economía solidaria y del sector cooperativo, las empresas de servicios temporales y tener cobertura sobre los trabajadores dependientes, contratistas, trabajadores cooperados y los trabajadores en misión (Cursiva y subrayado nuestro)

Así mismo, la Resolución 0312 de 2019 establece de forma taxativa quienes deben implementar los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de SST en el marco del Sistema de Garantía de Calidad del Sistema General de Riesgos Laborales, a saber:

(…) los empleadores públicos y privados, a los contratantes de personal bajo modalidad de contrato civil, comercial o administrativo, a los trabajadores dependientes e independientes, a las organizaciones de economía solidaria y del sector cooperativo, a las agremiaciones o asociaciones que afilian trabajadores independientes al Sistema de Seguridad Social Integral, a las empresas de servicios temporales, a los estudiantes afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales y los trabajadores en misión; a las administradoras de riesgos laborales; a la Policía Nacional en lo que corresponde a su personal no uniformado y al personal civil de las Fuerzas Militares (Cursiva nuestra).

Por lo anterior, y al entender que la Empresa no reúne las características requeridas; no hace parte de los grupos señalados y no cuenta con empleados o contratistas personas naturales, se puede concluir legítimamente que no está obligada a implementar el SG-SST a la luz de las disposiciones legales vigentes.

Sin embargo, consideramos que esta circunstancia no le impide celebrar actos jurídicos que le permitan obligarse pues la Ley no lo ha prohibido de manera expresa y así deberá indicarse en el proceso de selección en que está participando mediante certificación del representante legal o quien haga de sus veces.

No se pude mostrar la imagen vinculada. Puede que se haya

Carmen Yineth Padilla Vanegas
Apoyo Administrativo – Área Jurídica
cypadillav@sena.edu.co

OBSERVACIONES

En virtud de la Resolución 1471 de 17 de noviembre de 2020 y de la orientación jurídica frente al cumplimiento de SG-SST, en calidad de supervisor del Contrato de Prestación de Servicios CO1.PCCNTR.4052863 del 27 de octubre de 2022, a nombre de QUIRAL CONSULTORES S.A.S, es procedente realizar el pago de la factura electrónica No FQ-65. por concepto de: PRESTAR EL SERVICIO DE AUDITORÍA INTERNA BAJO LA NORMA ISO 17025:2017 AL LABORATORIO AGROAMBIENTAL DEL COMPLEJO
TECNOLÓGICO AGROINDUSTRIAL, PECUARIO Y TURÍSTICO DEL SENA, correspondiente al pago único total, por valor de ONCE MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y DOS MIL PESOS ($11.662.000). incluido IVA, una vez eectuado el presente pago, representa una ejecución del 100% del contrato.

MARTHA CECILIA URIBE RAMÍREZ

Supervisor de contrato CO1.PCCNTR.4052863

Visto bueno:
MARGARITA ROSA CUESTA MARTINEZ
Apoyo de SST

Visto bueno:

JOSE FERNANDO LOPEZ

Apoyo Técnico

Auditor Líder:	Oscar Giraldo Ruiz- oskarquimico@gmail.com / 317 4331258	
Equipo Auditor:	Oscar Giraldo Ruiz- oskarquimico@gmail.com / 317 4331258	
Objetivo:	Determinar el grado de cumplimiento de los requisitos establecidos en la norma NTC-ISO/IEC 17025:2017, del sistema de gestión del laboratorio agroambiental.	
Alcance:	Requisitos generales, requisitos relativos a la estructura, requisitos relativos a los recursos, requisitos del proceso y requisitos de gestión, Norma ISO/IEC 17025:2017.	
Criterios de auditoría:	- Norma ISO/IEC- 17025:2017 - NTC-ISO/IEC- 17025:2017: Requisitos generales para la competencia de los laboratorios de ensayo y calibración. - CEA-3.0-02 V.06, Criterios específicos de acreditación - Trazabilidad metrológica. - CEA-3.0-04, V.03 Política para la participación en ensayos de aptitud (EA) en laboratorios. - RAC-3.0-01, V.08, Reglas del servicio de acreditación - RAC-3.0-03, V.7, Reglamento de uso de los símbolos de acreditado y/o asociado. - Documentación del sistema de gestión.	
Fecha de ejecución:	2022-11-21 a 2022-11-25	**Tiempo estimado de auditoría: 5 días**
Reunión de apertura:	2022-11-21	**Lugar:** Laboratorio Agroambiental SENNOVA. Complejo Tecnológico Agroindustrial, Pecuario y Turístico
Reunión de cierre:	2022-11-25	**Lugar:** Laboratorio Agroambiental SENNOVA. Complejo Tecnológico Agroindustrial, Pecuario y Turístico

AGENDA DE ACTIVIDADES DE LA AUDITORÍA

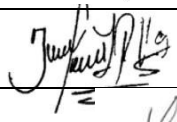
Fecha y hora	Proceso / Requisito por auditar / Actividad	Auditor(es)	Auditado (Cargo, nombre, Lugar)
2022-11-21 (Día 1) 8:00 horas-10:00 horas	Reunión de apertura - Revisión general del ALCANCE y del plan de testificación a ejecutar durante la evaluación.	Oscar Giraldo	(Subdirectora) (Responsable Calidad) (Responsable Gestión Técnica) (Personal Técnico) (Dinamizador SENNOVA) (Supervisor) (Líder SIGA) (Apoyo ambiental) (Apoyo SST)
	Recorrido por las instalaciones	Oscar Giraldo	(Responsable Calidad) (Responsable Gestión Técnica) (Personal Técnico) (Dinamizador SENNOVA) (Supervisor)

			(Líder SIGA) (Apoyo ambiental)(Apoyo SST)
2022-11-21 (Día 1) 10:00 horas-12:15 horas	**Requisitos Generales** Imparcialidad y Confidencialidad (Numerales 4.1, 4.2) **Requisitos Relativos a la Estructura** (Numeral 5) **Requisitos del Proceso** Quejas (Numeral 7.9) Control de los Datos y Gestión de la Información (Numeral 7.11)	Oscar Giraldo	(Responsable Calidad) (Responsable Gestión Técnica) (Responsable de laboratorio)
2022-11-21 (Día 1) 13:30 a 17:00 horas	**Requisitos del Sistema de Gestión:** Documentación del sistema de gestión (8.2) Control de Documentos del sistema de gestión (8.3) Control de Registros (Numeral 8.4) Revisión por la Dirección (Numeral 8.9)	Oscar Giraldo	(Responsable Calidad) (Responsable Gestión Técnica) (Responsable de laboratorio)
2022-11-22 (Día 2) 08:00 a 12:30 horas	**Requisitos Relativos a los Recursos:** Personal (Numeral 6.2) Productos y servicios suministrados externamente (Numeral 6.6) **Requisitos del Proceso:** Revisión de solicitudes, ofertas y contratos (Numeral 7.1) Trabajo no conforme (Numeral 7.10)	Oscar Giraldo	(Responsable Calidad) (Responsable Gestión Técnica) (Responsable de laboratorio)
2022-11-22 (Día 2)	**Requisitos del Sistema de Gestión:**	Oscar Giraldo	(Responsable Calidad, Jose Fernando Lopez,) (Responsable de laboratorio)

13:30 a 17:00 horas	Acciones para abordar riesgos y oportunidades (Numeral 8.5) Mejora (Numeral 8.6) Acciones Correctivas (Numeral 8.7) Auditorías internas (Numeral 8.8)		
2022-11-23 (Día 3) 08:00 a 17:00 horas	**Matriz: Suelo (Metodologías)** Requisitos de la NTC-ISO/IEC 17025: 6.1, 6.2, 6.3, 6.4, 6.5, 7.2, 7.3, 7.4, 7.5, 7.6, 7.7, 7.8, 7.9 **1. Textura**: NTC 6299:2018 **2. Carbono orgánico/M.O.:** NTC 5403:2021-05-19 **3. pH**: NTC 5264.2018 **4. Acidez intercambiable** NTC 5263:2017	Oscar Giraldo	(Responsable Gestión Técnica) (Personal Técnico)
2022-11-24 (Día 4) 08:00 a 17:00 horas	**Matriz: Suelo (Metodologías)** Requisitos de la NTC-ISO/IEC 17025: 6.1, 6.2, 6.3, 6.4, 6.5, 7.2, 7.3, 7.4, 7.5, 7.6, 7.7, 7.8, 7.9. **5. Azufre**: NTC 5402:2006 **6. Fósforo:** NTC 5350:2020 **7. Conductividad**: NTC 5596:2008 **8. Humedad pW:** NTC 6230:2017	Oscar Giraldo	(Responsable Gestión Técnica) (Personal Técnico)
2022-11-25 (Día 5) 08:00 a 12:00 horas	**Requisitos Relativos a los Recursos:** Instalaciones y condiciones ambientales (Numeral 6.3) Equipamiento (Numeral 6.4) Trazabilidad metrológica (Numeral 6.5) **Requisitos del Proceso:** Manipulación de los items de ensayo (Numeral 7.4)	Oscar Giraldo	(Responsable Gestión Técnica) (Personal Técnico) (Responsable Calidad)

	Informes de resultados (Numeral 7.8)		
2022-11-25 (Día 5) 14:00 a 17:00 horas	Balance final, preparación de informe	Oscar Giraldo	(Responsable Calidad) (Responsable Gestión Técnica) (Personal Técnico) (Responsable de laboratorio)
	Reunión de cierre y firma de documentos.	Oscar Giraldo	(Subdirectora) (Responsable Calidad) (Responsable Gestión Técnica) (Personal Técnico) (Dinamizador SENNOVA) (Supervisor) (Líder SIGA) (Apoyo ambiental) (Apoyo SST) Técnico) (Dinamizador SENNOVA) (Supervisores) (Líder SIGA)
Recursos requeridos:	El laboratorio debe informar previo a la visita, los procedimientos relevantes de salud, seguridad y emergencia, así como los requisitos para el ingreso a instalaciones propias o ajenas, en caso de que esto sea necesario: pagos de salud, pensión, ARL, al igual que los elementos de protección personal requeridos.		
Técnicas de evaluación:	Durante el diagnóstico se contactará todas las personas involucradas en los procesos tanto de la parte técnica (desarrollo de metodologías) como de la parte de gestión. Las técnicas de evaluación serán entrevistas al personal que será evaluado, revisión de los documentos y/o registros (evidencia objetiva) y el atestiguamiento de los análisis incluidos en el alcance de evaluación.		
Documentos por revisar:	Se hará evaluación in situ de la ejecución de las técnicas y se realizará revisión de todos los documentos que se relacionen con las actividades que afecten la realización de las actividades definidas en el alcance de la auditoria solicitada.		
Consideraciones logísticas para la evaluación de análisis de laboratorio:	Es necesario que el OEC prepare previamente el siguiente grupo de muestras y lo tenga disponible al momento de recibir la evaluación de los análisis de laboratorio, siempre y cuando la estabilidad de los analitos lo permita, cuando aplique: – Una muestra de suelo de concentración baja, equivalente a partir del cual se reportan resultados al cliente (límite de detección, límite de cuantificación o como se denomine internamente). – Una muestra de suelo de concentración equivalente al 90% del rango de trabajo del método. – Una muestra de suelo en cantidad suficiente para ser analizada por duplicado.		

	– Adicional para el día de la auditoria se debe realizar el análisis de los controles de calidad que solicite el método de referencia y el procedimiento interno, por ejemplo: blanco de método y muestra de suelo de control interno.
Compromiso de confidencialidad:	Los evaluadores se comprometen a que toda la información a la que puedan tener acceso durante el desarrollo de la auditoria durante estos días se mantendrá reservada, para ello se firma ante la organización **Laboratorio Agroambiental SENNOVA del Complejo Tecnológico Agroindustrial, Pecuario y Turístico** el Acta de Confidencialidad del Laboratorio. Se deja constancia de ello en la carpeta de la hoja de vida del evaluador previo a la evaluación in situ.
Cronograma:	En cinco (5) días in situ. En el cronograma se presentan las actividades que se realizarán durante la auditoría con su duración aproximada. Este cronograma puede ser modificado previamente o durante la reunión de apertura de común acuerdo entre las partes interesadas.
Aspectos generales:	- La implementación de los requisitos de independencia y confidencialidad será verificada a lo largo de la evaluación, tanto en el personal técnico como administrativo. - Los requisitos de Control de documentos del sistema de gestión (8.3), Control de registros (8.4) y el cumplimiento de las Directrices por parte del Organismo que Otorga Reconocimiento serán evaluados transversalmente a lo largo de la evaluación.
MODIFICACIONES AL PLAN DE AUDITORÍA: No se presentaron modificaciones.	

Nombre completo	**Responsabilidad**	**Firma**
Oscar Giraldo Ruiz	Auditor Líder	
Jose Fernando Lopez	Auditado R. Calidad	
Freydel Arango	Auditado R. gestión Técnica	
Paola Nizperuza	Personal Técnico	
Valentina Orozco	Personal Técnico	
Lizeth Muñoz	Responsable de Laboratorio	

Laboratorio Agroambiental SENNOVA. Complejo Tecnológico Agroindustrial, Pecuario y Turístico
INFORME AUDITORIA INTERNA NORMA ISO/IEC 17025:2017

1. DATOS GENERALES

Nº INFORME: 1	**FECHA REALIZACIÓN DE AUDITORÍA:** 2022-11-21 a 2022-11-25	**FECHA DE INFORME:** 2022-11-25
Razón social: Laboratorio Agroambiental SENNOVA. Complejo Tecnológico Agroindustrial, Pecuario y Turístico		
NIT	899.999034-1	
Dirección:	Km 1 vía a Turbo	
Ciudad:	Apartadó / Antioquia	
Teléfono:	(4) 8280072	
Correos electrónicos:	llmunozv@sena.edu.co	
Persona de contacto:	Lizeth Lorena Muñoz Villareal	
Evaluador líder:	Oscar Giraldo Ruiz, Químico oskarquimico@gmail.com / 317 4331258	
Experto Técnico:	Oscar Giraldo Ruiz, Químico oskarquimico@gmail.com / 317 4331258	

OBJETIVO: Realizar evaluación con el fin de determinar el grado de cumplimiento de los requisitos establecidos en la norma NTC-ISO/IEC 17025:2017, del sistema de gestión del laboratorio, del Organismo que Otorga Reconocimiento y evaluar la competencia en la realización de los análisis de suelo, definidos en el alcance de acreditación.

VARIABLES A EVALUAR DENTRO DEL ALCANCE

Matriz Suelo:

1. **Humedad:** NTC 6230:2017
2. **Fósforo disponible:** NTC 5350:2020, Ácido ascórbico
3. **Textura**: NTC 6299:2018, Método A
4. **pH**: NTC 5264.2018
5. **Azufre disponible**: NTC 5402:2006
6. **Acidez intercambiable** NTC 5263:2017
7. **Carbono orgánico:** NTC 5403:2021, Método B
8. **Conductividad**: NTC 5596:2008, Método B

DOCUMENTOS DE REFERENCIA (Criterios)

- Norma ISO/IEC- 17025:2017 - NTC-ISO/IEC- 17025:2017: Requisitos generales para la competencia de los laboratorios de ensayo y calibración.
- CEA-3.0-02 V.06, Criterios específicos de acreditación - Trazabilidad metrológica
- CEA-3.0-04, V.03 Política para la participación en ensayos de aptitud (EA) en laboratorios
- RAC-3.0-01, V.08, Reglas del servicio de acreditación
- RAC-3.0-03, V.7, Reglamento de uso de los símbolos de acreditado y/o asociado
- Documentación del sistema de gestión

1. HALLAZGOS DE LA AUDITORÍA

FORTALEZAS

1. El compromiso de las analistas que participaron en las testificaciones de los ensayos de suelo que cumplen con compromiso sus responsabilidades.

2. Compromiso de la alta dirección con la mejora continua del sistema de gestión.

3. La buena planificación y gestión de los recursos frente al cumplimiento de los requisitos de la Norma ISO/IEC 17025:2017.

OPORTUNIDADES DE MEJORA

REQUISITOS DE GESTIÓN

1. Garantizar que la alta dirección conoce, promueve, divulga y aprueba las políticas del laboratorio.

2. Garantizar que los certificados laborales empleados como evidencia de la experiencia de cada profesional especifiquen las actividades realizadas con el fin de asegurar su competencia.

3. Documentar los requisitos de competencia del personal del laboratorio en cuanto a conocimiento técnico.

4. Dejar un registro que evidencie la implementación de lo indicado en el documento "Contratación y estructura organizacional del personal PR-GES-CN-015 V 02" en el cual se señala que "El Responsable de calidad, semestralmente deberá brindar capacitación en manejo del sistema de gestión y documentación pertinente, además de socializar la ruta de acceso hacia los documentos y formatos que el personal nuevo requiere para sus labores."

5. Revisar la pertinencia de lo expresado en el documento Trabajo no conforme PR-GES-NC-005 V 01, en cuanto a que "Los trabajos no conformes deben ser reportados inmediatamente al ser identificados en la Matriz de riesgos DC-GES-MR-015."

6. Definir objetivos que aborden la imparcialidad y generar un indicador asociado que permita medir su eficacia.

7. Actualizar la medición de los cuatro indicadores definidos en el documento Indicadores de gestión PR-GES-IG-014 V 01. Revisar la pertinencia de algunos de estos indicadores tal como el de cartas de control.

8. Incluir, referenciar o vincular al sistema de gestión documental el formato "Plantilla para la determinación de textura de suelos agrícolas" empleado en el cálculo de textura en suelo.

9. Controlar los documentos externos relacionados al cumplimiento de la Norma NTC/ISO-IEC17025:2017 tales como los del ONAC (CEAs y RACs), Guía EURAHEM de validación e incertidumbre, ILAC-G24, entro otros.

10. Definir la periodicidad con la cual se revisan los documentos y se actualizan, según sea necesario.

11. Definir un mecanismo para previene el uso no intencionado de los documentos obsoletos, específicamente para copias impresas de documentos en el laboratorio.

12. Garantizar que se genere un correo electrónico o acta de reunión que evidencie la solicitud y aprobación de los documentos, para cumplir con lo establecido en el procedimiento Control de documentos y registros PR-GES-CR-002 V 01.

13. Evaluar la pertinencia de identificar y valorar las acciones para dar tratamiento a un riesgo en el formato "Acciones correctivas y de mejora FR-GES-AC-018" y de evaluar la eficacia en el formato "plan de acción" FR-GES-PA-050. Todo esto se podría realizar en la misma "matriz de riesgos".

14. Identificar dentro del formato "Matriz de riesgos ISO/IEC 17025:2017 DC-GES-MR-015 V 01" o en algún otro documento algunas oportunidades con el fin de lograr la mejora.

15. Documentar el procedimiento utilizado para tabular la información obtenida de las encuestas de satisfacción de los clientes, el análisis realizado y las acciones tomadas para mejorar el sistema.

16. Identificar más riesgos a la imparcialidad que surjan de las actividades del laboratorio o de sus relaciones, o de las relaciones del personal.

17. Incluir dentro de la matriz de riesgos la valoración del riesgo residual posterior a la implementación de las acciones.

18. Habilitar la plataforma SIGA con el fin de dejar registro del tratamiento a las no conformidades y oportunidades de mejora identificadas.

19. Gestionar el 100 % de las oportunidades de mejora identificadas en la auditoría interna del año 2021.

20. Tener en cuenta para acciones correctivas los siguientes aspectos:

a. determinar de si existen no conformidades similares, o que tienen el potencial de ocurrir;
b. contemplar que, si fuera necesario, se deben actualizar los riesgos y las oportunidades determinados durante la planificación.
c. Ajustar el formato "Acciones correctivas y de mejora FR-GES-AC-018 V 01" con el fin de cumplir con estos requisitos.

21. Incluir en el Programa de auditoria FR-GES-PN-023: los métodos, los requisitos de planificación y presentación de informes, los cambios que afectan al laboratorio y los resultados de las auditorías previas.

22. Incluir dentro de la revisión por la dirección los siguientes aspectos:

a. el cumplimiento de todos los objetivos definidos;
b. la retroalimentación del personal.
c. Para las salidas identificar claramente todas las decisiones y acciones relacionadas con
   - la eficacia del sistema de gestión y de sus procesos;
   - la mejora de las actividades del laboratorio relacionadas con el cumplimiento de los requisitos de este documento;
   - la provisión de los recursos requeridos;
   - cualquier necesidad de cambio.

REQUISITOS TÉCNICOS

23. Adquirir un material de referencia de Biftalato de potasio trazable (ISO 17034:2016) para el ensayo de acidez.

24. Adquirir un agitador recíproco para la extracción de las muestras de textura, ácidez intercambiable y azufre disponible, entre otros, con el fin de ajustarse a lo indicado en los métodos normalizados.

25. Adquirir para textura una manguera de goma con el fin de adicionar el agua a los cilindros de manera más eficiente y reducir tiempos de análisis.

26. Definir un mecanismo para revisar los certificados de calibración y mantenimiento de los equipos.

27. Ajustar el formato "Control de acceso al laboratorio PR-GES-CA-009 V 01" con el fin de evidenciar un campo para aplicar la corrección de la temperatura y humedad.

28. Aplicar para el termómetro utilizado en la medición de temperatura de la muestra de textura el factor de corrección del certificado de calibración vigente, para aplicar apropiadamente el factor de corrección de la medición de textura.

29. Proyectar un formato con el fin de emplearlo en la determinación de los periodos de calibración de los equipos, aplicando la metodología de la Guía ILAC–G24 – OIML D 10 definida por el laboratorio.

30. Utilizar para pH en suelos que generen una solución demasiado pastosa con la relación 1:1, modificar la relación entre 1:2 a 1:5, según sea necesario para realizar el ensayo.

31. Garantizar que la primera lectura de textura se realice exactamente a los 40 s después de detener la agitación.

32. Definir un sustituto para la recepción de las muestras dado el caso que el responsable de calidad no se encuentre en el laboratorio.

33. Incluir en el formato "Registro y recepción de muestras FR-TEC-M-RM-006" el tipo de muestreo (simple o compuesto), el código de la muestra, el tipo de preservación, y la carta emitida por el cliente con el requerimiento. Revisar si es pertinente registrar esta información en el formato.

34. Definir claramente como se implementa que cuando el cliente requiere que el ítem se ensaye admitiendo una desviación de las condiciones especificadas, el laboratorio incluye en el informe un descargo de responsabilidad en el que se indique qué resultados pueden ser afectados por la desviación.

35. Registrar las observaciones de ensayo tales como los pesos de los reactivos utilizados en una bitácora foliada y no en libretas de apuntes las cuales son más difíciles de controlar.

36. Documentar e implementar para registros técnicos que se debe incluir la fecha de corrección, adicionalmente garantizar que al realizar modificaciones a los registros técnicos no se aceptan enmendaduras ni tachones.

37. Implementar un plan de acción al obtener un resultado cuestionable o insatisfactorio en un ensayo de aptitud.

38. Definir una carta de control para el estándar de carbono orgánico de 0,075 g de Glucosa.

39. Definir límites de control para el material de referencia certificado de suelo para los diferentes ensayos de suelo en base a mas o menos una desviación estándar del valor reportado en el certificado.

40. Establecer los límites de alarma y control con al menos 7 datos, los cuales se pueden tomar de la verificación del método y no esperar que en la rutina analítica se llegue a 20 datos.

41. Incluir en el informe de resultados la siguiente información:

a. las unidades de medición de humedad en g/100 g;
b. una descripción de la muestra.

NO CONFORMIDADES

1. El laboratorio debe asegurarse de que el personal tiene la competencia para realizar las actividades de laboratorio de las cuales es responsable y para evaluar la importancia de las desviaciones.

El laboratorio no conserva registros para:

a) formar al personal;
b) supervisar al personal;
c) autorizar al personal.

El laboratorio no autoriza al personal para llevar a cabo actividades de laboratorio específicas.

Requisito aplicable: NTC ISO 17025:2017, numeral 6.2.3; 6.2.6

Evidencia:

a. Para la analista Valentina Orozco no se evidencia soporte de formación ISO 19011, experiencia profesional mínima de 13 meses, solamente se evidencian 6 meses de experiencia como pasante en el laboratorio de suelos del Sena, lo que no se ajusta a lo indicado en la Descripción de responsabilidades y competencias FR-GES-DR-040.

b. Se incumple lo definido en el procedimiento Contratación y estructura organizacional del personal PR-GES-CN-015 V 02 que indica "El Responsable de Laboratorio deberá supervisar las actividades y seguimiento de cada responsable de área como lo es el Responsable Técnico y el Responsable de Calidad, mínimamente dos veces por mes, lo cual deberá quedar registrado mediante un acta" no se evidenciaron registros de esto para los meses de julio a octubre de 2022.

c. No se evidencia procedimiento para formar al personal. Adicionalmente no se cuenta con registros que evidencien el cumplimiento de este requisito tal como: plan de formación, listas de asistencia o certificados de formación.

d. No se evidencian las siguientes autorizaciones:
- de la analista técnica y el responsable técnico para verificar métodos de ensayo.
- del responsable técnico para analizar los resultados;
- del responsable técnico, responsable de calidad y responsable del laboratorio para informar y revisar los resultados;
- del responsable técnico y la responsable del laboratorio en autorizar los resultados.

2. El laboratorio no cuenta con un procedimiento para la revisión de solicitudes, ofertas y contratos que asegure todos los aspectos relacionados:

Requisito: 7.1.1.b; 7.1.2; 7.1.4; 7.1.5; 7.1.6

Evidencia:

a) No se evidencia que el laboratorio evalué previamente a una solicitud que cuenta con la capacidad y los recursos para cumplir los requisitos.

Adicionalmente no se tiene documentado ni definido como se cumplen los siguientes aspectos:

b) el laboratorio debe informar al cliente cuando el método solicitado por el cliente se considere inapropiado o desactualizado;
c) las desviaciones solicitadas por el cliente no deben tener impacto sobre la integridad del laboratorio o sobre la validez de los resultados;
d) se debe informar al cliente de cualquier desviación del contrato;
e) si un contrato es modificado después de que el trabajo ha comenzado, se debe repetir la revisión del contrato y cualquier modificación se debe comunicar al personal afectado.

3. El laboratorio no cuenta con un procedimiento de trabajo no conforme que asegure algunos aspectos, ni el laboratorio conserva registros de las acciones requeridas del trabajo no conforme.

Requisito: 7.10.1

Evidencia:

No se evidencia que se aseguren en el procedimiento de trabajo no conforme los siguientes aspectos:

a) las acciones (incluyendo la detención o repetición del trabajo y retención de los informes, según sea necesario) se basen en los niveles de riesgo establecidos por el laboratorio;
b) se haga una evaluación de la importancia del trabajo no conforme, incluyendo un análisis de impacto sobre los resultados previos;
c) cuando sea necesario, se notifique al cliente y se retire el trabajo.

Cabe señalar que el formato Trabajo no conforme FR-GES-NC-022 V 01, no se encuentra ajustado a los requisitos señalados anteriormente.

d) Se indica en el procedimiento de Trabajo no conforme PR-GES-NC-005 V 01 que "Trimestralmente el responsable de calidad deberá informar en reuniones con el grupo de laboratorio, de los trabajos no conformes programados en los planes de acción FR-GES-PA-050 V 01" sin embargo para el Reporte de trabajo no conforme No. 001 de fecha 2021-10-15 no se encuentra evidencia de que este se halla informado.

Conclusiones de la auditoría

1. Como parte formal de la evaluación el viernes 25 de noviembre de 20212 se realizó la reunión de apertura en las instalaciones del **Laboratorio Agroambiental SENNOVA. Complejo Tecnológico Agroindustrial, Pecuario y Turístico**, a la que asistieron los auditados.

• Durante los días 21 a 25 de noviembre de 2022, se realizó la evaluación de auditoria interna al Sistema de Gestión de Calidad, para evaluar el grado de cumplimiento frente a la Norma NTC-ISO/IEC 17025:2017, documentos de referencia propios de la organización y del ente que otorga reconocimiento (ONAC).

• El 25 de noviembre de 2022 se realizó la reunión de cierre en las mismas instalaciones del **Laboratorio Agroambiental SENNOVA. Complejo Tecnológico Agroindustrial, Pecuario y Turístico**, con la asistencia de los profesionales evaluados durante la visita.

• Durante el proceso de evaluación, fueron divulgados los hallazgos tales como fortalezas, oportunidades de mejora, y No Conformidades, con las cuales se elabora este Informe de auditoría interna entregado a la responsable del laboratorio.

• El contenido final de este informe indica conformidad y entendimiento por parte del personal de los laboratorios. Esta información debe ser revisada minuciosamente antes de su aprobación, esta fue divulgada previamente en la reunión de cierre.

• En términos generales se puede evidenciar que la organización **Laboratorio Agroambiental SENNOVA. Complejo Tecnológico Agroindustrial, Pecuario y Turístico** tiene un nivel medio de implementación, estructurado alrededor de la norma NTC-ISO/IEC 17025:2017.

• Como resultado de la evaluación que tuvo como metodología la realización de entrevistas, la revisión de evidencias objetivas, documentos y registros y el atestiguamiento de los ensayos y garantizando que se levanten durante el resto del año los hallazgos identificados en esta evaluación el laboratorio estaría en capacidad de iniciar el proceso de acreditación con el ONAC en enero del 2023.



Firma:
OSCAR GIRALDO RUIZ

------FIN DEL INFORME DE EVALUACIÓN-------

LABORATORIO AGROAMBIENTAL «LAGA»

LISTA DE CHEQUEO AUDITORÍA INTERNA

Versión: 01	Fecha de aplicación: 15-07-2024

OBJETIVO Y ALCANCE: EVALUAR EL CUMPLIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD SEGÚN LA NORMA ISO 17025:2017 EN LAGA

Auditor:	Cargo: Líder de calidad y gerencia	Auditado:	Cargo: Analista - Auxiliar

No.	Artículo	Pregunta	Cumple (Sí / No)	Observaciones
1		**1. REQUISITOS GENERALES**		
2	4	**4. Imparcialidad**		
3	4.1	4.1.1 Los artículos del documento se deben tener a cabo de una manera imparcial e independiente. La alta dirección debe salvaguardar la imparcialidad	SI	Acuerdo de confidencialidad/imparcialidad Unsostenibles FT-GCA-04 (01/22)
4	4.2	4.2.1 La alta dirección del laboratorio debe estar comprometida con la imparcialidad	SI	Registro/acta FT-GCA-01 Acta 1
5	4.2.2	4.2.2 El laboratorio debe ser responsable de la imparcialidad de sus actividades de laboratorio y no debe permitir que presiones comerciales, financieras u otras comprometa la imparcialidad.	SI	Cumple
6	4.2.3	4.2.3 El laboratorio debe identificar los riesgos a su imparcialidad de forma continua. Esto debe incluir aquellos riesgos que surgen de sus actividades o de sus relaciones, o de las relaciones de su personal. Sin embargo, no todas estas relaciones necesariamente presentan un riesgo para la imparcialidad del laboratorio. NOTA Una relación que pone en peligro la imparcialidad del laboratorio puede estar basada en la propiedad, gobierno, gestión, personal, recursos compartidos, finanzas, contratos, mercadeo (incluida la imagen de marca) y pago de comisión o cualquier otra forma de incentivo por captar nuevos clientes, etc.	SI	Identificar que la alta dirección (socios, promotores, directivos) garantiza la imparcialidad del laboratorio. Identificar más riesgos a la imparcialidad que surjan de las actividades del laboratorio o de sus relaciones, y dar las acciones oportunas. Política de calidad (CP-GCA-01 Ver 1.0) que exige eliminar de imparcialidad Servicio de atención y reclamaciones (CP-GCA-03 Ver 1.0) política de seguridad Matriz de riesgos (FT-GCA-03 Ver 1.0) (FT-GCA-04 Ver 1.0) y Mapa de procesos (GCA-Ver 1.0)
7	4.2.5	4.2.5 Si un identifica un riesgo para la imparcialidad, el laboratorio debe tener capacidad para demostrar cómo suprime o minimiza tal riesgo.	SI	Cumple
8	4.3	**4.3 Confidencialidad**		
9	4.3.1	4.3.1 El laboratorio debe ser responsable, por medio de acuerdos legalmente ejecutables, de la gestión de toda la información obtenida o creada durante la realización de las actividades de laboratorio. Excepto para la información que el cliente público, excepto en combinación con el cliente (por ejemplo, en respuesta a una queja), cualquier otra información se considera información de propiedad, y debe considerarse confidencial.	SI	Relación de materias (FT-GCA-04 Ver 1.0) Relación de confidencialidad (FT-GCA-04 Ver 1.0)
10	4.3.2	4.3.2 Cuando el laboratorio, de acuerdo con la ley o a través de sus disposiciones contractuales, debe revelar información confidencial o de propiedad, el cliente o la persona interesada o información proporcionada, salvo que esté prohibido.	SI	Cumple
11	4.3.3	4.3.3 La información sobre el cliente, obtenida de fuentes diferentes del cliente (por ejemplo, una persona que presenta una queja, los organismos reglamentarios) debe ser confidencial entre el cliente y el laboratorio. El personal (Carnet de identificación) del laboratorio debe mantener la confidencialidad de la información (incluidas competidas) con clientes, a menos que el cliente acuerdo con la fuente.	SI	Protección de la información EN (CP-GCA-02 Ver 1.0)
12	4.3.4	4.3.4 Todo personal, incluidos cualquier miembro de comité, contratistas, personal de organismos externos o individuos que actúen en nombre del laboratorio, debe mantener la confidencialidad de toda información obtenida o creada durante la realización de actividades de laboratorio, excepto lo requerido por ley.	SI	Protección de la información EN (CP-GCA-02 Ver 1.0)
13	5	**5. REQUISITOS RELATIVOS A LA ESTRUCTURA**		
14	5.1	5.1 El laboratorio debe ser una entidad legal o una parte definida de una entidad legal que se responsabiliza legalmente de sus actividades de laboratorio. NOTA Para el propósito de este documento, se considera que un laboratorio gubernamental es una entidad legal con base en su estatus gubernamental.	SI	Resolución No. 0745 (18/Oct/de 2021
15	5.2	5.2 El laboratorio debe identificar el personal directivo directivos tiene la responsabilidad general total laboratorio.	SI	Combinación y estructura organizacional (FT-GCA-06 Ver 02. V 01
16	5.3	5.3 El laboratorio debe definir y documentar el alcance de las actividades de laboratorio para las que su sistema de gestión cumple. Al definir este alcance, el laboratorio debe identificar todas las actividades de laboratorio que son suministradas para tener en cuenta en la revisión. 5.3.1 El laboratorio debe definir y documentar el alcance de las actividades de laboratorio para las que su sistema de gestión cumple. Al definir este alcance, el laboratorio debe identificar todas las actividades de laboratorio que son suministradas para tener en cuenta en la revisión.	SI	Servicio de asistencia e investigación (Ver 1.0) (FT-GCA-07 Ver 1.0) Matriz de alcances (FT-GCA-08 Ver 1.0)
17	5.4	5.4 Las actividades de laboratorio se deben llevar a cabo de manera que cumplan los requisitos de este documento, de una manera ambulatoria, dirija para todos los laboratorios y de los organizaciones que ocupan requerimientos de este documento. Esto incluye actividades de laboratorio en sus instalaciones permanentes, en instalaciones temporales o móviles asociadas, o en instalaciones compartidas, en instalaciones temporales o móviles asociadas, o en instalaciones del cliente.	SI	Cumple
18	5.5.1	5.5.1 El laboratorio debe definir la organización y la estructura de gestión del laboratorio, su colocación dentro de una organización matriz, y las relaciones entre gestión, los componentes técnicos de servicios de apoyo.	SI N	Combinación y estructura organizacional (FT-GCA-06 Ver 02. V 01) Organigrama Mapa de procesos Mod
19	5.5.3	5.5.3) El laboratorio debe especificar la responsabilidad, autoridad e interacción de todo el personal que gestiona, realiza o verifica el trabajo que afecta a los resultados de actividades de laboratorio.	SI	Procedimiento de contratación (FT-GCA-04 Ver 1.0) (02) Asignación de responsabilidades y competencias (FT-GCA-05 Ver 1.0) (01)
20	5.6.1	5.6.1 El laboratorio debe establecer procedimientos de seguridad teniendo en cuenta los aspectos relacionados de las instalaciones, el manejo, el transporte, el almacenamiento, el uso y la disposición de artículos de prueba y/o calibración. Estos procedimientos deben garantizar la seguridad de la gente en el laboratorio, el público en general y el medio ambiente.	N	Acredor, soporte técnico del laboratorio
21	6.2	6.2.1 El laboratorio debe tener suficiente personal con competencia, educación, capacitación, habilidades técnicas y experiencia apropiadas y los cuales monitorean para llevar a cabo sus actividades de laboratorio. 6.2.2 El laboratorio debe autorizar personal para actividades específicas, incluyendo, pero no limitado a, desarrollo, modificación, verificación y validación de métodos, análisis de resultados, incluida la declaración de conformidad o las opiniones y la interpretación, y revisión y autorización de informes. El laboratorio debe mantener registros de las competencias autorizadas, los criterios de competencia, el proceso de evaluación y los datos de supervisión del personal. El laboratorio debe monitorear la competencia del personal de acuerdo con la frecuencia determinada por el laboratorio.	SI	Reflejado cargo.
22	6.3.1	6.3.1 El laboratorio debe establecer procesos que consideren el(los) idioma(s) necesario(s) para todo el personal que opera dentro de su sistema de gestión, realiza actividades de laboratorio o autoriza informes de resultados y declaraciones de conformidad. La competencia en el(los) idioma(s) debe incluir el conocimiento adecuado de cualquier terminología técnica específica relacionada con su trabajo.	SI	Revisión por la dirección semestral. Reunión técnica Reunión de laboratorio. Correo institucional
23	6.3.5	6.3.5 El laboratorio debe asegurar que el personal que opera equipos, realiza actividades de laboratorio, opera bajo supervisión y evalúa resultados tenga la competencia para hacerlo.	SI	Cumple.
24	6	**6. REQUISITOS RELATIVOS A LOS RECURSOS**		
25	6.2	6.2 El laboratorio debe tener suficiente personal para las instalaciones, los equipamiento, los sistemas y los servicios de soporte necesarios para gestionar y realizar sus actividades de laboratorio.	SI	Cumple.
26	6.2	**6.2 Personal**		
27	6.2.1	6.2.1 Todo el personal del laboratorio, ya sea interno o externo, que pueda influir en las actividades de laboratorio debe actuar imparcialmente, ser competente y trabajar de acuerdo con el sistema de gestión del laboratorio.	SI	Combinación y estructura organizacional del personal (FT-GCA-06 Ver 02 v1) Verificación personal (FT-GCA-09 V 01)
28	6.2.2	6.2.2 El laboratorio debe documentar los requisitos de competencia para cada función que influye en los resultados de las actividades de laboratorio, incluidos los requisitos de educación, calificación formación, conocimiento técnico, habilidades y experiencia.	SI	Descripción de responsabilidades y competencias (FT-GCA-05 Ver 1.0) Selección de personal (FT-GCA-04 Ver 1.0) V 1 Reflejar que los certificados laborales requisitos como evidencia de cumplimiento de cada profesional Hoja/Registro con evidencia de cumplimiento adaptar no competencia Documentar los requisitos de competencia del personal del laboratorio cuenta a conocimiento de cual
29	6.2.3	6.2.3 El laboratorio debe asegurarse de que el personal tiene la competencia para realizar las actividades de laboratorio de las cuales es responsable y para evaluar la importancia de las desviaciones.	NO	Para la plantilla valentina Vinces no se evidencia soporte de formación del 1 de 2 suspensión pulsos (Licenciado. El laboratorio debe asegurar que el personal tiene la competencia para operar los equipos de laboratorio de cuenta del Hora. Si que no se ajusta a lo indicado en la Resolución de responsabilidades y competencias (FT-GCA-05 v01).
30	6.2.4	6.2.4 La alta dirección del laboratorio debe comunicar claramente sus tareas, responsabilidades y autoridad.	SI	Acta de socialización del proyecto
31	6.2.5	6.2.5 El laboratorio debe tener procedimientos y conservar registros para: a) determinar los requisitos de competencia; b) seleccionar al personal; c) capacitar al personal; d) supervisar al personal; e) autorizar al personal; f) realizar el seguimiento de la competencia del personal.	NO	Plan de entrenamiento y mantenimiento (CP-GCA-04 Ver 1.0) V 01 Capacitación y certificación anuales (FT-GCA-10 Ver 1.0) V 01 Mejor un registro que evidencia la implementación de lo indicado en el procedimiento "contratación y selección de personal" (FT-GCA-04 Ver 1.0) V 1 y "Responsabilidades y competencias" el cumple por "El Responsable de calidad, conjuntamente deberá tomar capacitación en riesgo del cliente de Laboratorio, Responsable de calidad, Responsable de la cada documentos los encuentros y formatos que el personal nuevo requiere para su labores Seguimiento y evaluación de personal técnico (FT-GCA-11 Ver 1.0) V 01 No hacemos referencia al procedimiento contratación y selección especifica del personal (FT-GCA-04 Ver 1.0) V 01) aun tanto "El Responsable de laboratorio deberá supervisar el personal técnico" como "El Responsable de calidad y el apoyo lo es el Responsable Técnico y el Responsable de Calidad, mencionando dos veces por más, lo cual deberá quedar explicado también en el "procedimiento".
32	6.2.6	6.2.6 El laboratorio debe autorizar al personal para hacer o sobre actividades de laboratorio específicas, incluidas, pero no limitadas a, las siguientes: actividades: diseño, puesta a punto laboratorio; b) análisis de resultados, incluidas las declaraciones de conformidad o las opiniones y la interpretación; c)informes, revisar y autorizar los resultados.	NO	Asignación de actividades personal diseño (FT-GCA-04 Ver 1.0) No se evidencia lo siguiente especialmente: a) de la diseño técnico o el responsable técnico para validar métodos diseñados b) el responsable técnico, responsable de calidad y el responsable técnico, responsable de calidad y el responsable técnico, responsable de calidad y el responsable técnico, responsable de calidad y el responsable técnico, responsable de laboratorio y auxiliares los resultados.
33	6.3	**6.3 Instalaciones y condiciones ambientales laboratorio**		
34	6.3.1	6.3.1 El laboratorio debe asegurarse de que las condiciones ambientales asociadas, pero no limitadas a, temperatura, humedad, suministro de energía, iluminación y niveles de ruido y vibración no invalidarán los resultados o no afectarán negativamente la calidad requerida de cualquier medición.	SI	Presencia de sensores EN (CP-GCA-02 V 01) Acuerdo del sotto
35	6.3.2	6.3.2 El laboratorio debe controlar con procedimientos y conservar registros para: a) monitorear, controlar y registrar las condiciones ambientales según lo requieran las especificaciones pertinentes, las directrices o los procedimientos técnicos; b) asegurar que el acceso y el uso de las áreas que afectan a las actividades de laboratorio se realicen de manera controlada y que se determine el alcance de su visita para proteger los intereses del laboratorio o del cliente, independientemente de si el laboratorio no conoce el propósito de la visita; c) asegurar que se eviten la contaminación cruzada, la pérdida de identificación y el daño durante el manejo, transporte, almacenamiento y uso de artículos de prueba y/o calibración; d) asegurar que se observen las disposiciones para evitar que se produzcan efectos adversos en las actividades de laboratorio.	SI	Seguimiento de documentos para proveedor y servicios (FT-GCA-12 Ver 1.0) V 01 Informes de supervisión (CP-GCA-04 V 01) Implementación de documentos para proveedor y servicios (FT-GCA-04 Ver 1.0) V 01 Hacer compra del servicio de calibración con el proveedor Nacional de Pesos (CP-GCA-04), informe de servicios.
36	6.3.3	6.3.3 El laboratorio debe controlar el acceso y el entorno de las instalaciones para el laboratorio, y supervisar su desempeño cuando afecten a la calidad de los resultados, según lo requieran las especificaciones pertinentes, las directrices o los procedimientos técnicos.	SI	Cumple
37	6.4	**6.4 Equipamiento**		
38	6.4.1	6.4.1 El laboratorio debe proporcionar acceso a todo el equipamiento (incluidos, entre otros, instrumentos de medición, hardware y software, patrones de referencia, materiales de referencia, datos de referencia, reactivos, consumibles o aparatos auxiliares) necesario para el correcto desempeño de las actividades de laboratorio y que influya en el resultado de la medición o en la validez de los resultados.	SI	Servicios de asistencia e investigación (Ver 1.0) (FT-GCA-07 Ver 1.0) Calculador para obtener resultados como directrices. Instrucciones metrológicas Para calibraciones (FT-GCA-07 Ver 1.0) Instrucciones. Hoja de Vida (FT-GCA-13 Ver 1.0) Calibración de servicio Cuaderno viaje Evaluación de proveedores para servicios de ensayos (FT-GCA-14 Ver 1.0) V 01 Hacer riesgo diagnosis asistencia de Hoja de Vida (FT-GCA-13 Ver 1.0) No se evidencia que el laboratorio evalué previamente y me indica que el laboratorio no cuenta con las mismas seguridad de equipos.
39	6.4.2	6.4.2 El laboratorio debe efectuar el mismo cuando el metodo aumenta que el diseño no cumplirán requisitos especificados.	NO	Documentar
40	7.1.1	7.1.1 Cuando el diseño solicite que determinado de conformidad con una especificación o norma para el ensayo y calibración del elemento, especifique para dentro de laboratorio/hasta de laboratorio, se deben definir claramente la regla de decisión que se va a utilizar (véase 7.8.6), teniendo en cuenta el nivel de información de este solicitud y acorde con el cliente, y tienen que ser entendidos e implementados a esta tarea actividad.	SI	FT-GCA-04 (Ver 1.0) (02) Registro o creación de muestras
41	7.1.3	7.1.3 Cada cambio debe ser aceptable tanto para el laboratorio como para el cliente. Las oportunidades de cambio pueden surgir antes de llegar hacer dudas sobre la integridad del artículo o sobre la validez de los resultados.	NO	Documentar

84	CU1	E.1.1 Revisar informes y planes de trabajo en ejecución del contrato.	SST	Marco Aurelio 1
85	CU2	E.2.1 Se convoca a la audiencia después de que el trabajo ha concluido, se presenta el informe del contratista y el trabajo es aceptado a satisfacción.	SST	Marco Aurelio 1
86	CU3	E.3.1 Proporcionar datos precisos y en tiempo real sobre los requerimientos para ofrecer las soluciones técnicas y tecnológicas adecuadas. E.3.2 Identificar y analizar los riesgos y oportunidades del entorno. E.3.3 Desarrollar, validar y actualizar técnicas avanzadas orientadas para propósitos de optimización.	SI	Marco Aurelio 1
87	CU4	E.4.1 Se facilita el acceso a registros de los accidentes, incluso cuando ocurren durante fines de semana o días festivos, para garantizar la disponibilidad de información crítica en todo momento. E.4.2 Se asegura que los registros de actos y de las inspecciones de seguridad se mantengan actualizados.	SI	Marco Aurelio 1
88	CU5	**E.5 Equipo**		
89	CU6	E.6.1. Proporcionar datos claros sobre el proceso documentado para revisión. Evaluar y tomar decisiones acerca de la compra.	SI	Disponibilidad, cantidad y cumplimiento PR-SIPG-EQ-007 V.04
90	CU7	E.7.1 Debe estar disponible una descripción del proceso de contratación de equipo y maquinaria, incluyendo los criterios de selección y los pasos a seguir. Esto asegura que todos comprendan el flujo de trabajo y las actividades de selección de forma responsable y en cada ubicación, mientras el administrador toma en cuenta todas las normas, los términos y referencia, tareas del proceso de toma antes de proceder.	SI	Ilustrativo
91	CU8	E.8.1 El proceso de mantenimiento de equipos debe incluir, al menos, los siguientes y criterios siguientes: a) una descripción del proceso de recepción, validación, investigación de la causa raíz, implementación de acciones correctivas y cierre de los casos. b) procedimientos y registro de los equipos, incluyendo las actividades tareas para la gestión. c) asegurando que se tomen las acciones apropiadas.	SI	Ilustrativo
92	CU9	E.9.1 El proceso de evaluación de equipos debe ser claro y definido de la mejor manera para asegurar que todos los involucrados comprendan los criterios y procedimientos utilizados.	SI	Ilustrativo
93	CU10	E.10.1 Asegurar que los equipos de trabajo cuenten con la información y los recursos necesarios para ejecutar sus tareas de manera segura y eficiente.	SI	Ilustrativo
94	CU11	E.11.1 Establecer un proceso de evaluación y selección de proveedores de equipos y materiales, asegurando que cumplan con los estándares de calidad y seguridad requeridos.	SI	Ilustrativo
95	CU12	E.12.1 Se establece que los colaboradores o usuario presente la queja debe identificar con su nombre y apellidos, así como los involucrados en los antecedentes de la denuncia que originaron la queja.	SI	Ilustrativo
96	CU13	E.13.1 Realizar que las quejas, un documento debe recibirse formalmente a quien presenta la queja, a través del formato de la queja.	SI	Ilustrativo
97	CU14	**E.14 Trabajo no rutinarios**		
98	CU15	E.15.1 Procedimiento debe contar con un procedimiento que le debe especificar cómo se identifican los peligros y se evalúan los riesgos asociados a tareas no rutinarias de trabajo y con los proyectos/actividades y con los equipos, asimismo con el interior (por ejemplo, equipos o condiciones ambientales que pueden variar). Debe incluir también cómo se determinan las medidas de control adecuadas. El procedimiento debe asignar los roles y responsabilidades de supervisores y autoridades para la gestión del trabajo no rutinario. E.15.2 Los procesos incluyendo la selección y asignación del trabajo y selección de los trabajadores que son tomando en la ejecución de tareas de riesgo potenciales por ejemplo, trabajo en altura o espacios confinados. E.15.3 Debe incluir también la capacitación del trabajo no rutinarios, incluyendo los requisitos de competencia y formación. E.15.4 Debe incluir también la supervisión del trabajo no rutinarios. E.15.5 Se toma una decisión sobre la aceptabilidad del trabajo no rutinarios. E.15.6 Se establecen los requisitos para la revisión y aprobación del trabajo. E.15.7 Debe la responsabilidad de asumir la naturaleza del trabajo.	SST	Decreto de aprobación de la modalidad de jornada diferenciada trabajo no rutinarios PR-SIPG-RH-009 V.01, así mismo a que se refiere el trabajo no rutinario, se encuentra en el Decreto 1072 de 2015 Artículo 2.2.4.6.1 Matriz de riesgos IPC-SIPG-MN-004 V.01 Trabajo no rutinario PR-SIPG-MA-009 V.01 Ser la evidencia en el procedimiento de trabajo no rutinario PR-SIPG-MA-009 V.01 Trabajo no rutinario E) No se tienen en cuenta la selección a aquellos del trabajo relevante de los riesgos, asignan solamente al trabajo no rutinario PR-SIPG-MA-009 V.01 Trabajo no rutinario Debe ser una evaluación de la importancia del trabajo no rutinario PR-SIPG-MA-009 V.01 Trabajo no rutinario Ausencia de evidencia de la aceptación del trabajo no rutinario PR-SIPG-MA-009 V.01 Trabajo no rutinario Ausencia de evidencia de la aprobación del trabajo no rutinario PR-SIPG-MA-009 V.01 Trabajo no rutinario
99	CU16	E.16.1 Procedimiento debe incluir cómo se identifican los peligros y se evalúan los riesgos asociados a los conflictos, inspección, así como los requisitos para la gestión de los conflictos y los criterios para la aceptabilidad de los riesgos residuales. El procedimiento debe asignar los roles y responsabilidades de supervisores y autoridades para la gestión del trabajo no rutinario. E.16.2 Los procesos incluyendo la selección y asignación del trabajo y selección de los trabajadores que son tomando en la ejecución de tareas de riesgo potenciales por ejemplo, trabajo en altura o espacios confinados. E.16.3 Debe incluir también la capacitación del trabajo no rutinarios, incluyendo los requisitos de competencia y formación. E.16.4 Debe incluir también la supervisión del trabajo no rutinarios. E.16.5 Se toma una decisión sobre la aceptabilidad del trabajo no rutinarios. E.16.6 Se establecen los requisitos para la revisión y aprobación del trabajo. E.16.7 Debe la responsabilidad de asumir la naturaleza del trabajo.	SST	Decreto de aprobación de la modalidad de jornada diferenciada trabajo no rutinarios PR-SIPG-RH-009 V.01, así mismo a que se refiere el trabajo no rutinario, se encuentra en el Decreto 1072 de 2015 Artículo 2.2.4.6.1 Matriz de riesgos IPC-SIPG-MN-004 V.01 Trabajo no rutinario PR-SIPG-MA-009 V.01 Ser la evidencia en el procedimiento de trabajo no rutinario PR-SIPG-MA-009 V.01 Trabajo no rutinario E) No se tienen en cuenta la selección a aquellos del trabajo relevante de los riesgos, asignan solamente al trabajo no rutinario PR-SIPG-MA-009 V.01 Trabajo no rutinario Debe ser una evaluación de la importancia del trabajo no rutinario PR-SIPG-MA-009 V.01 Trabajo no rutinario Ausencia de evidencia de la aceptación del trabajo no rutinario PR-SIPG-MA-009 V.01 Trabajo no rutinario Ausencia de evidencia de la aprobación del trabajo no rutinario PR-SIPG-MA-009 V.01 Trabajo no rutinario
100	CU17	E.17.1 Procedimiento debe identificar y evaluar los peligros y riesgos asociados a los conflictos, así como los requisitos para la gestión de los conflictos y los criterios para la aceptabilidad de los riesgos residuales. El procedimiento debe asignar los roles y responsabilidades de supervisores y autoridades para la gestión del trabajo no rutinario. E.17.2 Los procesos incluyendo la selección y asignación del trabajo y selección de los trabajadores que son tomando en la ejecución de tareas de riesgo potenciales por ejemplo, trabajo en altura o espacios confinados. E.17.3 Debe incluir también la capacitación del trabajo no rutinarios, incluyendo los requisitos de competencia y formación. E.17.4 Debe incluir también la supervisión del trabajo no rutinarios. E.17.5 Se toma una decisión sobre la aceptabilidad del trabajo no rutinarios. E.17.6 Se establecen los requisitos para la revisión y aprobación del trabajo. E.17.7 Debe la responsabilidad de asumir la naturaleza del trabajo.	SST	Decreto de aprobación de la modalidad de jornada diferenciada trabajo no rutinarios PR-SIPG-RH-009 V.01, así mismo a que se refiere el trabajo no rutinario, se encuentra en el Decreto 1072 de 2015 Artículo 2.2.4.6.1 Matriz de riesgos IPC-SIPG-MN-004 V.01 Trabajo no rutinario PR-SIPG-MA-009 V.01 Ser la evidencia en el procedimiento de trabajo no rutinario PR-SIPG-MA-009 V.01 Trabajo no rutinario E) No se tienen en cuenta la selección a aquellos del trabajo relevante de los riesgos, asignan solamente al trabajo no rutinario PR-SIPG-MA-009 V.01 Trabajo no rutinario Debe ser una evaluación de la importancia del trabajo no rutinario PR-SIPG-MA-009 V.01 Trabajo no rutinario Ausencia de evidencia de la aceptación del trabajo no rutinario PR-SIPG-MA-009 V.01 Trabajo no rutinario Ausencia de evidencia de la aprobación del trabajo no rutinario PR-SIPG-MA-009 V.01 Trabajo no rutinario
101	CU18	E.18.1 Establecer un procedimiento para el trabajo no rutinarios define cómo se identifican los peligros y se evalúan los riesgos asociados a las actividades de trabajo no rutinarios, así como los requisitos para la gestión, el seguimiento de las responsabilidades y los criterios para la aceptabilidad de los riesgos residuales.	SI	Ilustrativo
102	CU19	E.19.1 Establecer un procedimiento para el trabajo no rutinarios define cómo se identifican los peligros y se evalúan los riesgos asociados a las actividades de trabajo no rutinarios, así como los requisitos para la gestión, el seguimiento de las responsabilidades y los criterios para la aceptabilidad de los riesgos residuales.	SI	Ilustrativo
103	CU20	**E.20 Selección de clientes para ejercitar**		
104	CU21	**E.21 Diligencias**		
105	CU22	E.22.1 Procedimiento debe establecer, documentar, implementar y mantener un sistema de gestión que sea capaz de eliminar o minimizar el riesgo inmediato de las personas que trabajan en el área de trabajo y otras partes que puedan estar expuestas a los riesgos para la seguridad y salud en el trabajo asociados con las actividades de la organización mientras el personal está dentro de su área de trabajo. E.22.2 Debe incluir también un proceso para identificar los peligros, evaluar los riesgos y determinar los controles necesarios para garantizar que el riesgo se reduzca a un nivel aceptable. E.22.3 Debe incluir también un proceso para garantizar que los empleados reciban la capacitación adecuada y comprendan sus responsabilidades en materia de seguridad y salud en el trabajo. E.22.4 Debe incluir también un proceso para monitorear y medir el desempeño del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo, así como para identificar y corregir cualquier deficiencia o no conformidad. E.22.5 Debe incluir también un proceso para revisar y mejorar continuamente el sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo, así como para garantizar que se mantenga actualizado y relevante para las necesidades de la organización. NOTA: Debe incluir también un proceso de diligencias según la NIOSH y la OSHA?	SI	Ilustrativo
106	CU23	E.23.1 Objetivo 1 Como mínimo, un elemento puede incorporarse a dicha matriz lo siguiente: - Identificación de peligros (Lubes & Oil); - Evaluación de riesgos y determinación de controles (Lubes & Oil); - Identificación de requisitos (Lubes & Oil); - Objetivos y programas (Lubes & Oil); - Competencia, formación y toma de conciencia (Lubes & Oil); - Consulta (Lubes & Oil); - Información y documentación (Lubes & Oil); - Control operacional (Lubes & Oil); - Preparación y respuesta ante emergencias (Lubes & Oil); - Medición del desempeño (Lubes & Oil); - Evaluación del cumplimiento (Lubes & Oil); - Investigación de incidentes, no conformidades, acciones correctivas y preventivas (Lubes & Oil); - Auditoría (Lubes & Oil); - Revisión por la dirección (Lubes & Oil).	SI	Ilustrativo
107	CU24	E.24.1 Objetivo 2 Para cumplir con los antecedentes y de forma un sistema de gestión de acuerdo a la norma ISO45 001, y que por lograr los objetivos y resultados el cumplimiento completo de los requisitos de los capítulos 4 a 7, cumpla también, el objetivo 1 y cumplir con los requisitos del sistema de gestión especificados en los apartados 4.1 a 4.4.	SI	
108	CU25	**E.25 Documentación del sistema de gestión**		
109	CU26	E.26.1 La creación del documento debe contener "Encontrar y mantener"	SI	Ilustrativo
110	CU27	E.27.1 Los políticas y objetivos deben ajustarse la competencia, la oportunidad y la capacidad financiera necesaria.	SI	La competencia, la oportunidad y la capacidad financiera necesaria. Definir objetivos que ajustarse la oportunidad y generar un crecimiento sostenible que permita mejor economía. Establecer la duración de los cursos mediante políticas y objetivos que ajustarse la competencia, la oportunidad y la capacidad financiera necesaria. Definir la ubicación de algunos de estos relacionados bien, como una de las características.
111	CU28	E.28.1 Los documentos del sistema de debe contener evidencias de conocimiento con el objetivo y la implementación del sistema de gestión y son mejorar continuamente cumplirlos.	SI	Revisión por la dirección
112	CU29	E.29.1 Para la documentación, procesos, sistemas, registros, necesitamos con el cumplimiento de los requisitos de este documento se debe tener, relacionar o mencionar sistema de gestión.	SI	Tener, relacionar o mencionar el sistema de gestión Para la documentación, procesos, sistemas, registros, necesitamos Auditoría de sistema aplicando evidencia en en el Decreto de fabricas el cuero. Justificar el enfoque en registros "Listado maestro de documentos" Incorporación registros "PR-SIPG-GC-001 V.7
113	CU30	E.30.1 Para el control documentos en actividades de laboratorio debe tener, relacionar o mencionar sistema de gestión y a la información	SI	Tiempo exacto y el tiempo de documentos
114	CU31	**E.31 Control de documentos del sistema de gestión**		
115	CU32	E.32.1 Procedimiento debe controlar los documentos (internos y externos) relacionados con el cumplimiento de este documento. NOTA En este contexto, "documentos" puede hacer referencia a declaraciones de política, procedimientos, instrucciones de trabajo, manuales, formularios, tablas de auditoría, políticas, notas de reuniones, planes, capacitaciones, comunicados, ofertas, planos, etc. Pero pueden estar en varios medios, tanto físico (papel) como digital.	SI	Control de documentos y registros PR-SIPG-GC-001 V.07 Elaborado y emitido los documentos PR-SIPG-GC-001 V.07 Valor maestro de documentos PR-SIPG-GC-001 V.07 Controlar los documentos externos relacionados al cumplimiento de la Norma ISO 45001:2018 ISO 9001 Matriz de requisitos legales IPC-SIPG-MN-001 V.07 Matriz de requisitos de cumplimiento LMR-SIPG-MN-001
116	CU33	E.33.1 Procedimiento debe asegurarse de que: a) los documentos puedan localizar en cuanto a su adecuación antes de su emisión por personal autorizado. b) los documentos se revisan periódicamente, y si es preciso, según sea necesario. c) se identifican los cambios y el estado de revisión actual de los documentos. d) las versiones pertinentes de los documentos aplicables están disponibles en los puntos de uso cuando sea necesario. e) los documentos siguen siendo legibles y fácilmente identificables. f) los documentos externos determinados por la organización como necesarios para la planificación y operación del sistema de gestión de la SST se identifican y su distribución se controla adecuadamente. g) se impide el uso no intencionado de documentos obsoletos y se aplican una identificación adecuada si se retienen para cualquier propósito.	SI	Define la permanencia con la cual se revisan los documentos, por ejemplo, según sea necesario Definir en el procedimiento el uso de un mecanismo para identificar el estado de revisión actual de los documentos Asegurar que los documentos siguen siendo legibles y fácilmente identificables Asegurar que se publica el último documento y asegurar de su disponibilidad en todos los lugares donde se realizan operaciones críticas de documentos y registros PR-SIPG-GC-001 V.07 y. PR-SIPG-AL-018 V.07 Ver. Matriz de control de cambios, original
117	CU34	**E.34 Controles de registros**		
118	CU35	E.35.1 El documento debe establecer o mencionar registros para demostrar cumplimiento de los requisitos de este documento.	SI	Ilustrativo
119	CU36	E.36.1 El documento debe, en particular los controles necesarios para la identificación, almacenamiento, protección, recuperación, retención y disposición de los registros. El documento debe también incluir un proceso para garantizar que los registros se mantengan de manera legible, accesible y recuperable, y que se protejan contra daños, pérdidas o acceso no autorizado. El proceso debe incluir también un calendario de retención para los diferentes tipos de registros, así como un método para eliminar los registros de forma segura y confidencial una vez expirado su plazo para mayor claridad. NOTA El cuya tarea 7.5 contiene requisitos similares con respecto a los registros generales.	SI	Tarea de retención documentar
120	CU37	**E.37 Actividades para abordar riesgos y oportunidades**		
121	CU38	E.38.1 Procedimiento debe considerar los riesgos y las oportunidades asociados con los procesos y actividades de la SST. E.38.2 Asegurar que el sistema gestión logre sus resultados previstos. E.38.3 Prevenir o reducir los efectos indeseados, incluyendo la posibilidad de que ocurran incidentes externos. E.38.4 Lograr la mejora continua. E.38.5 Debe incluir también la planificación de acciones para abordar estos riesgos y oportunidades, así como un proceso para evaluar la eficacia de estas acciones. E.38.6 Debe incluir también la integración y la implementación de las acciones en los procesos del sistema de gestión. E.38.7 Debe incluir también la evaluación de la eficacia de estas acciones. E.38.8 Debe incluir también la mejora continua. E.38.9 Debe incluir también la documentación de estos procesos y resultados.	SST	Acciones para abordar riesgos y oportunidades PR-SIPG-RS-004 V.04 Plantilla riesgo IPC-SIPG-FM-007 IPC-SIPG-FM-007 V.07 IPC-SIPG-FM-007 V.07 Definir la ocurrencia de identificar y valorar las acciones para los Colaboradores y un riesgo en el formato "Acciones para abordar riesgos y oportunidades" PR-SIPG-RS-004 V.04 Definir en el formato "plan de acción" PR-SIPG-RS-004. Todo esto en la parte inferior en la "hoja Riesgos". Describir dentro del formato "Matriz de riesgos IPC-SIPG-FM-007 V.07" en la hoja "Riesgos" en la parte inferior documentar algunas oportunidades con el fin de lograr la mejora. Incluir dentro de la matriz un riesgo la cual todo de un riesgo Global posterior a la implementación de las actividades para la mejora.
122	CU39	E.39.1 Procedimiento debe establecer: a) los criterios para determinar si existen oportunidades para mejorar; b) la toma de decisiones; c) la priorización de oportunidades de mejora de gestión; d) actuar la eficacia de estas acciones.	SI	Ilustrativo
123	CU40	E.40.1 Procedimiento debe establecer: a) los criterios para determinar si existen oportunidades para mejorar; b) la toma de decisiones; c) la priorización de oportunidades de mejora de gestión; d) actuar la eficacia de estas acciones. NOTA Aunque este documento especifica que el cumplimiento plantea acciones para abordar los riesgos y las oportunidades, no exige formalmente métodos para la gestión del riesgo o un proceso documentado de gestión del riesgo. Las decisiones sobre cómo abordar los riesgos y las oportunidades han pertenecido por la gestión de la organización. Algunas organizaciones, por ejemplo, pueden optar por un enfoque informal y basado en el juicio para la gestión de riesgos, mientras que otras pueden preferir marcos o normas más estructurados.	SI	Ilustrativo
124	CU41	E.41.1 Los criterios formales para priorizar los riesgos y las oportunidades deben ser proporcionales al impacto potencial sobre la calidad de los bienes de los servicios. NOTA 1 Las oportunidades para priorizar los riesgos pueden incluir identificar y evitar amenazas, asumir riesgos de la mayor una oportunidad, eliminar la fuente de riesgo, cambiar la probabilidad o las consecuencias, compartir el riesgo, o mantener riesgos mediante decisiones informadas. NOTA 2 Las oportunidades pueden conducir a adoptar el proceso de la organización, considerando cambios planificados en sus productos, servicios, tecnología y otros procedimientos para priorizar la sustentabilidad interna.	SI	Ilustrativo
125	CU42	**E.42 Registro**		
126	CU43	E.43.1 Procedimiento debe identificar y seleccionar oportunidades de mejora e implementar cualquier acción necesaria. NOTA Las oportunidades de mejora se pueden identificar mediante la revisión de procedimientos operacionales, el uso de las políticas, los objetivos generales, los resultados de auditorías, el análisis de datos, las revisiones por la dirección, las sugerencias del personal, la evaluación del riesgo, o a través de otros, y no mediante las entregas de auditor.	SI	Facilitar la gestión y ética de cualquier equipo del Marketing y las no conformidades y oportunidades de mejora identificadas. Implementar las acciones necesarias para la mejora identificadas en las auditorías internas del año.
127	CU44	E.44.1 El alcance debe incluir la retroalimentación, tanto positiva como negativa, de las partes interesadas pertinentes. Además, debe incluir el proceso para analizar y evaluar esta información y determinar si es necesario implementar cambios en el sistema de gestión, los procedimientos o el alcance. NOTA Aunque es bien la retroalimentación incluya las encuestas de satisfacción del cliente, registros de reclamaciones y una revisión de las reformas como ejemplos.	SI	Procedo gratis de conformidad. Necesidad con procedimiento utilizado para tomar la información obtenida de la retroalimentación, procedo tomando y la conclusión del estos para mejorar el sistema.
128	CU45	**E.45 Gestión de cambios**		
129	CU46	E.46.1 Establecimiento cuenta identificado, el mecanismo para: a) la identificación de los cambios que podrían afectar el sistema de gestión; b) la evaluación de los cambios propuestos; c) la aprobación de los cambios; d) la implementación de los cambios; e) la revisión de las consecuencias de los cambios no previstos. E.46.2 Debe incluir también la comunicación de los cambios a las partes interesadas pertinentes, así como la asignación de responsabilidades y autoridades para la gestión de los cambios. E.46.3 Debe incluir también la consideración de los posibles riesgos y oportunidades asociados con los cambios, así como la implementación de medidas para mitigar los riesgos y aprovechar las oportunidades. E.46.4 Debe incluir también la evaluación de la eficacia de los cambios después de su implementación, así como la documentación de los resultados de esta evaluación. E.46.5 Debe incluir también la revisión y actualización de los procedimientos y documentos relacionados con el sistema de gestión para reflejar los cambios realizados. E.46.6 Debe incluir también la capacitación y la comunicación de los empleados sobre los cambios en el sistema de gestión y sus responsabilidades en relación con estos cambios. E.46.7 Debe incluir también la revisión y la mejora continua del proceso de gestión de cambios, así como la identificación de oportunidades para optimizar la eficiencia y la eficacia del sistema de gestión.	SST	Acciones correctivas y de mejora PR-SIPG-RS-004 V.04 Tener en cuenta para procesos correctivos los siguientes criterios: Se determinan de el análisis no conformidades similares, o que tienen el potencial de ocurrir. Si, conforme sea, el caso necesario, se deben actualizar los riesgos y oportunidades determinadas durante la planificación.
130	CU47	E.47.1 Las acciones correctivas deben ser apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas.	SI	Quejas verbales "acciones de formas y las mejoras PR-SIPG-RS-004 V.04" que cumplan con las criterios requeridos en el uso.
131	CU48	E.48.1 Procedimiento debe conservar registros como evidencia de: a) la naturaleza de las no conformidades, las causas y cualquier acción tomada posteriormente; b) los resultados de cualquier acción correctiva.	SI	Ilustrativo
132	CU49	**E.49 Auditoría interna final**		

9.1	9.1.1	9.1.1 Procedimiento detallado y ciclo auditorías internas e informales planificadas (Incluyendo responsabilidades y requisitos para planificar y realizar auditorías, informar de resultados y mantener registros asociados de gestión): a) Un cronograma. b) Objetivos de cada auditoría. c) Criterios de auditoría y alcance para cada auditoría. d) Selección de auditores y realización de auditorías para asegurar objetividad e imparcialidad del proceso de auditoría. e) Asegurar que los resultados de las auditorías se informan a la dirección pertinente. f) Tomar acciones apropiadas sin demora indebida. g) Mantener información documentada como evidencia de la implementación del programa de auditoría y los resultados de la auditoría.	9.1	Auditorías internas PR-AIFALN-005 V 02
9.2	9.2.1	9.2.1 Objetivos y alcance: a) Decidir si auditorías internas o externas o combinación de ambas. b) Identificar y seleccionar equipo auditor para lograr objetividad y imparcialidad del proceso de auditoría. c) Asegurar que los resultados de las auditorías se informan a la dirección pertinente. d) Tomar acciones apropiadas sin demora indebida. e) Asegurar que no se realizan correcciones innecesarias. f) Mantener información documentada como evidencia de la implementación del programa de auditoría y los resultados de la auditoría. NOTA La norma ISO 19011 proporciona orientación para auditorías internas.	9.2	Programa de auditoría PR-APLFN-018 Auditoría 2023-01-30 Acorde al cronograma de auditoría PR-APLFN-018 Ver. 01 ABRIMAS, los requisitos de planificación y procedimientos de auditoría interna, se encuentran descritos en el plan y los resultados de la auditoría plasmas.
9.3	9.3	**9.3 Revisiones por la dirección**		
9.3.1	9.3.1	9.3.1 La dirección del licenciado debe revisar su sistema de gestión a intervalos planificados, para asegurar su idoneidad, adecuación, eficacia continuas, alineación con la dirección estratégica de la organización. Las revisiones por la dirección deben ser programadas de manera que no ocurran.	9.3	Revisión por la dirección PR-GRS-003-011 V 02
9.3.2	9.3.2	9.3.2 Entradas de revisión por la dirección: Las revisiones por la dirección deben incluir: a) Estado de acciones de revisiones por la dirección anteriores; b) cambios en las cuestiones internas y externas que sean pertinentes al sistema de gestión; c) satisfacción de los clientes; d) alteraciones de políticas y procedimientos; e) Grado de objetivos logrados (incluyendo objetivos ambientales); f) Auditoría de auditorías internas recientes; g) procesos corrección; h) Riesgos y oportunidades abordadas; i) Informes de un miembro de la alta dirección de las actividades del j) Identificación de nuevos medios y mercados; k) Eficacia de medidas implementadas; l) Identificación de las recursos; m) Eficacia de acciones tomadas para abordar riesgos; n) Auditoría de seguridad de los datos de los licenciados; y o) otros factores pertinentes, tales como las actividades de capacitación y la formación.	9.3	Informe revisión ABR-3-2017 V 01 Auditoría 27-2023-AIS V 01 Revisar el cumplimiento de todos los objetivos definidos mantenimiento del personal.
9.3.3	9.3.3	9.3.3 Las salidas de la revisión por la dirección deben registrar todas las decisiones y acciones relacionadas con: a) Mejora de la eficacia del sistema de gestión y sus procesos; b) Satisfacción del cliente (gestión de las personas); c) la mejora de las actividades del laboratorio relacionadas con el cumplimiento de los requisitos del cliente (gestión de las personas); d) la provisión de los fondos requeridos; e) manejar vulnerabilidades surgidas.	9.3	Para las salidas identificar de la hoja antes las decisiones y acciones relacionadas con: — mejora de la eficacia del sistema de gestión y sus procesos; — la mejora de las actividades del laboratorio relacionadas con el cumplimiento de los requisitos del cliente; — la provisión de los fondos requeridos; — manejar vulnerabilidades surgidas.

LABORATORIO AGROAMBIENTAL «LASA»

LISTA DE CHEQUEO AUDITORÍAS INTERNAS

Versión 01 — Fecha de implementación 01 de abril de 2026

PROCESO A AUDITAR: LABORATORIO AGROAMBIENTAL PECUARIO Y FORENSE

Norma:	ISO/IEC 17.20 : 2012 (1. de 20)	Auditores:	Fecha de auditoría: 2026

No.	Cláusula	Requisito	Auditor (Sí / No)	Observaciones
4.1	4.1	**Introducción y contexto organizacional**		
4.2	4.1.a	¿Se evidencian las necesidades y expectativas clave de las partes interesadas (clientes, autoridades, proveedores, personal) que afectan el sistema de gestión? ¿Se identifican cuáles de ellas se abordan mediante el alcance y los procesos del laboratorio?	S	Contrato con productores pedrenalgrios 04 ● 04 ● 2021 A 022
4.3	4.2.c	Se identifican requisitos de los usuarios para los ensayos/análisis, incluyendo plazos, confidencialidad, reportes e interpretación?	NA	Contrato productores pedrenalgrios 04 ● 04 ● 2021 A 022
4.4	4.2.f	El laboratorio cuenta con un mecanismo para dar seguimiento a las quejas y retroalimentación de los usuarios, y estas se consideran en la revisión por la dirección?	S	Incidencia de conformidad - acreditada bajo ISO 17.20:2012 V 04
4.5	4.3.a	¿El alcance documentado (ensayos, matrices, métodos) está claramente definido y corresponde a lo que realmente se ofrece y se acredita? ¿Se excluyen explícitamente los ensayos que no se realizan?	S	Incidencia de acceso al alcance de PE-APA-01-ANEXO 01 Acceso y uso de áreas que afectan a la conformidad de servicios A Cálculo un sistema de evaluación en la zona de monitoreo y tomando directrices para la zona Acceso al alcance de PE● APA● ANEXO 01
4.6	4.3.d	¿Se identifican los ensayos que requieren subcontratación y se selecciona a proveedores competentes? ¿Se mantiene evidencia de la competencia de los subcontratados?	S	No aplica
4.7	4.4	**Requerimientos**		
4.8	4.4.a	¿Se identifican todas las actividades que afectan la calidad de los resultados? (recepción de muestras, almacenamiento, preparación, análisis, revisión de informes, archivo, disposición)? ¿Se evidencia que estas actividades se realizan de manera sistemática y controlada? ¿Se identifican los riesgos para la calidad de los resultados en cada una de estas actividades? ¿Se implementan acciones para prevenir o minimizar estos riesgos? NOTA 1: Estos incluyen contratos y asegurar los recursos necesarios y los procedimientos para el muestreo, la preparación de muestras y el análisis de ensayos de calibración, materiales de referencia, personal, instalaciones y condiciones ambientales, equipos, trazabilidad de las mediciones y muestreo. Los requisitos de competencia para el personal se establecen en ISO/IEC 17.20:2012 [3]. NOTA 2: Para la acreditación de laboratorios de ensayo y calibración, ISO/IEC 17.20:2012 incorpora el concepto de pensamiento basado en riesgos en varios requisitos, lo que permite a los laboratorios flexibilidad en términos de acciones, procesos, procedimientos y grado de formalidad requeridos para cumplir con el requisito. Los laboratorios son responsables de determinar el nivel de riesgo técnico y de decidir cómo gestionar, mitigar y eliminar los riesgos.	S	Vivo y Asocia de equipos PE● C● APA● ANEXO 01
4.9	4.4.b	¿Se evidencia que el laboratorio utiliza oportunidades que ayuden a mejorar el sistema de gestión y el desempeño de las actividades de ensayo/calibración, abordando también los riesgos y oportunidades identificados? NOTA: Las oportunidades para mejorar pueden incluir la ampliación del alcance a nuevos ensayos, el uso de nuevas tecnologías, la reducción de errores, la mejora de la productividad o la mejora de la satisfacción del cliente.	NA	Definir un mecanismo para acceso de certificados de calibración a mantenimiento electrocoagulación
4.10	4.4.c	¿Se planifican las acciones para abordar estos riesgos y oportunidades y la forma de integrar e implementar estas acciones en los procesos del sistema de gestión y de evaluar la eficacia de estas acciones? ¿Se mantiene información documentada sobre los riesgos y oportunidades y sobre las acciones tomadas?	S	Instalar con un presidente/fecha para el transporte de equipos/ensayo de la seguridad en funcionamiento de equipos y uso en los de acreditación
4.11	4.4.e	¿Los procesos están claramente documentados, incluyendo sus entradas, salidas, secuencia e interacción?	NA	Cumple
4.12	4.4.f	¿Se aplica un enfoque basado en riesgos para controlar los procesos necesarios para cumplir los requisitos de este documento, mediante la implementación de los controles operacionales y de seguimiento necesarios?	NA	Cumple
4.13	4.4.g	¿Se mejora continuamente la idoneidad, adecuación y eficacia del sistema de gestión?	S	Aplicar un flujo de selección del formulario, unidades en el medidor, Mantenimiento para evaluar la fuente.
4.14	4.4.h	¿Se evidencia cómo el programa de calibración, el control de equipos y el plan de mantenimiento, garantizan la trazabilidad de las mediciones?	N	Falta de mantenimiento y calibración de equipos de medición y/o medición● ● ●
4.15	4.4.h	¿Se evidencia cómo se asegura la trazabilidad de las mediciones a través de una cadena ininterrumpida de calibraciones que establezca la relación con referencias apropiadas? ¿Se evidencia que las calibraciones se realizan por laboratorios competentes que demuestren trazabilidad a unidades del SI o a materiales de referencia certificados? ¿Se verifica la trazabilidad de los equipos de medición antes de su puesta en servicio y después de cualquier ajuste, mantenimiento o reparación significativa?	S	Cumple
4.16	4.4.h	¿Se establece cómo se evalúa la incertidumbre de las mediciones, los criterios de aceptación y rechazo, y cómo se gestionan las desviaciones de los requisitos especificados? ¿Se evidencia que se conservan los registros de calibración y verificación durante el tiempo establecido?	S	Ajustes Unidad Fluctuante acceso al laboratorio ● ● ●

RU	CU01	El laboratorio debe contar con los siguientes stocks claves de insumos para formar, mantener y multiplicar las cepas que se utilizan: Polvo, Agarosa estándar (tecnic, material de polvo fino) Agua destilada Buffer TAE 50X (solución de tris-acetato-EDTA) 1) Solución para identificar y diferenciar cuarta (por ejemplo, colores, sombras, etiquetas) 2) Solución para identificar y diferenciar cuarta (por ejemplo, colores, sombras, etiquetas) 3) Solución para identificar y diferenciar cuarta (por ejemplo, colores, sombras, etiquetas) 4) Solución para identificar y diferenciar cuarta (por ejemplo, colores, sombras, etiquetas) 5) Solución para identificar y diferenciar cuarta (por ejemplo, colores, sombras, etiquetas) 6) Solución para identificar y diferenciar cuarta (por ejemplo, colores, sombras, etiquetas) 7) Solución para identificar y diferenciar cuarta (por ejemplo, colores, sombras, etiquetas) 8) Solución para identificar y diferenciar cuarta (por ejemplo, colores, sombras, etiquetas) 9) Solución para identificar y diferenciar cuarta (por ejemplo, colores, sombras, etiquetas) 10) Solución para identificar y diferenciar cuarta (por ejemplo, colores, sombras, etiquetas)		No aplica
RU	CU02	**Almacenamiento y Inventario de insumos y material biológico**		
RU	CU02	El laboratorio debe contar con un procedimiento para el mantenimiento, recepción, almacenamiento y distribución de insumos y material biológico, así como para la disposición de los mismos después de utilizados. Además debe designar a una persona responsable de la gestión de inventarios, quien debe llevar un registro donde indique la cantidad de materiales con la que cuenta el laboratorio, la cantidad que se utiliza en cada proceso, la cantidad que se desecha y la cantidad que se repone. Este registro debe ser actualizado periódicamente, al menos una vez al mes, y debe estar disponible para su revisión por parte de las autoridades competentes. El laboratorio debe contar con un sistema para identificar los materiales biológicos que ingresan al laboratorio, así como para registrar su ubicación dentro del laboratorio. Este sistema debe incluir información sobre el origen del material, la fecha de recepción, la cantidad recibida, la ubicación dentro del laboratorio y cualquier otra información relevante para su trazabilidad.	M	Servicios asociados a investigación ITA-APN-PE-0007-F-02 Dentro un cuestionario para la recepción de los insumos y dentro el mismo una evaluación de la calidad de los insumos en el almacenamiento.
RU	CU03	El laboratorio debe contar con un sistema para identificar los participantes de los ensayos de la acreditación, su identificación se debe encontrar relacionada a un código único que permita mantener la confidencialidad de los participantes. Este sistema debe ser de conocimiento únicamente a cuando se haya relacionado a dicho registro, además el laboratorio debe tener disponible formatos de consentimiento informado.	M	Ver ítem
RU	CU04	El laboratorio debe contar con un procedimiento para el manejo de las muestras biológicas que incluya la recepción, almacenamiento, transporte y disposición de las mismas. Este procedimiento debe incluir información sobre las condiciones de temperatura y humedad que se deben mantener durante el almacenamiento y transporte de las muestras, así como sobre los procedimientos de limpieza y desinfección de los equipos y superficies que entren en contacto con las muestras. Además debe designar a una persona responsable de la gestión de las muestras biológicas, quien debe llevar un registro donde indique la cantidad de muestras que se reciben, almacenan, transportan y disponen, así como cualquier otra información relevante para su trazabilidad. El laboratorio debe contar con un procedimiento para el manejo de los residuos biológicos generados durante los ensayos de la acreditación. Este procedimiento debe incluir información sobre la clasificación de los residuos biológicos, los métodos de tratamiento y disposición adecuados para cada tipo de residuo, así como sobre los procedimientos de limpieza y desinfección de los equipos y superficies que entren en contacto con los residuos biológicos. Además debe designar a una persona responsable de la gestión de los residuos biológicos, quien debe llevar un registro donde indique la cantidad de residuos que se generan, tratan y disponen, así como cualquier otra información relevante para su trazabilidad.	M	Retiro de residuos ITA-APN-PE-0001-F-01 Control de almacenamiento de muestras ITA-TH-APN-001 Registro de lectura cadena de congelación ITA-TH-A-FA-013 V.02 Registro de datos seguimiento/monitoreo ITA-TH-APN-013 V.02 Control diario de condiciones/calidad ambiental ITA-TH-APN-08-F-013 V.02 Registro Tren diario de lectura de cámara con una referencia Trabajo y uso de Normas de ensayos
RU	CU05	Cuando los ítems ingresen de la cuarentena de a acondicionados bajo condiciones ambientales controladas, la etapa "cuarentena" termina" y seguirá la fase y siguiente etapa (Cuarentena).	M	Servicio de extracción y investigación de casos de alto perfil V.01
RU	CU06	**Seguridad en laboratorios**		
RU	CU07	El laboratorio debe asegurar que sus suministros y los equipos/técnicos cuenten con información clara sobre los peligros asociados a los mismos. Esto incluye etiquetar los tubos y archivos originales como sustentables, incluido la información sobre los peligros de los equipos, embalajes y proveer suficientes recursos técnicos. Ejemplo: el siguiente de las fichas en los diferentes siguientes, así se puede ir a la información de los peligros de los equipos y materiales. Control del almacenamiento de muestras ITA-TH-APN-001 Registro de lectura cadena de congelación ITA-TH-A-FA-013 V.02 Registro de datos seguimiento/monitoreo ITA-TH-APN-013 V.02 Control diario de condiciones/calidad ambiental ITA-TH-APN-08-F-013 V.02 Registro Tren diario de lectura de cámara con una referencia Trabajo y uso de Normas de ensayos	M	Servicio de extracción y investigación de casos de alto perfil V.01
RU	CU08	El laboratorio debe asegurar que los trabajadores y las organizaciones cuenten con información clara sobre los peligros asociados a los mismos. Esto incluye etiquetar los tubos y archivos originales como sustentables, incluido la información sobre los peligros de los equipos, embalajes y proveer suficientes recursos técnicos.	M	Explorar las observaciones anteriores sobre como las personas han resuelto dificultades en una referencia técnica y no en relación de condiciones con referencias de sustentos
RU	CU09	**Evaluación de la incertidumbre de la medición**		
RU	CU10	Incertidumbre/medición identificar las incertidumbres en la reconstrucción de muestras. Incertidumbre durante la reconstrucción de muestras. La etapa durante la que se identifica la incertidumbre en la reconstrucción de muestras. Durante esta etapa se identifican las posibles fuentes de incertidumbre que pueden afectar la precisión y exactitud de la reconstrucción de muestras.	M	Guía estimación de la incertidumbre para la tributación analítica ITA-TH-A-GUI-F-01
RU	CU11	El laboratorio que realiza identificaciones, tomadas de de una propia acepción, debe evaluar la incertidumbre de resultado para todas las de laboratorio.		No aplica
RU	CU12	El laboratorio que realiza ensayos debe evaluar la incertidumbre de ensayos cuantitativos y cualitativos. Para ello debe identificar todas las fuentes de incertidumbre de resultado, se debe realizar una estimación basada en la comprensión de los principios teóricos o en experiencia práctica de la realización del ensayo. NOTA 1: Pt. No necesita que un método de ensayo reconozca pequeños. Todos los cálculos deben ser realizados con cuidado para reducir los errores de redondeo y propagación. Todos los resultados numéricos se expresan con claridad y de manera correcta y de acuerdo con cualquier instrucción específica del método de ensayo. El laboratorio debe tener procedimientos para evaluar la incertidumbre de la medición de los resultados de tipo cuantitativo y cualitativo. En los casos en que la exactitud de la prueba depende de la incertidumbre de la medición de la muestra, se debe tener en cuenta la incertidumbre de la medición. Cuando se evalúa la incertidumbre de la medición, se deben considerar todos los componentes que contribuyen a la incertidumbre, que incluirán aquellos componentes de la muestra. Se deben utilizar métodos de análisis apropiados para analizar las incertidumbres y se deben tomar medidas para evitar cualquier error de redondeo durante el cálculo de la incertidumbre de la medición.	M	Guía estimación de la incertidumbre para la tributación analítica ITA-TH-A-GUI-F-01 Estimación de tamaños de muestra/prueba ITA-TH-A-IN-0008 V.01
RU	CU13	**Aseguramiento de la calidad de los resultados**		
RU	CU14	El laboratorio debe contar con un procedimiento para la toma de aseguramiento de la calidad de los resultados, que incluya la participación en ensayos de aptitud, la comparación entre instrumentos y muestras ciegas, entre otros. Además debe establecer criterios de aceptación para los resultados de los ensayos de aptitud y las comparaciones entre instrumentos y muestras ciegas, así como medidas de corrección en caso de que los resultados no cumplan con los criterios establecidos. El laboratorio debe contar con un procedimiento para el manejo y mantenimiento de los equipos de laboratorio, incluyendo la calibración y verificación periódica de los mismos. Además debe designar a una persona responsable de la gestión de los equipos, quien debe llevar un registro donde indique la fecha de la última calibración o verificación de cada equipo, así como la fecha de la próxima calibración o verificación programada. El laboratorio debe contar con un procedimiento para el manejo y control de documentos, que incluya la creación, revisión, aprobación, distribución y archivo de los documentos relevantes para el laboratorio, como manuales de procedimientos, instructivos de trabajo, formatos de registro, entre otros. Además debe designar a una persona responsable de la gestión de los documentos, quien debe llevar un registro donde indique la versión de cada documento, así como cualquier otra información relevante para su trazabilidad. 1) Manuales de procedimientos 2) Instructivos de trabajo 3) Formatos de registro 4) Manuales de equipos 5) Certificados de calibración 6) Informes de ensayos de aptitud 7) Comparaciones entre instrumentos 8) Muestras ciegas 9) Medidas de corrección 10) Registros de mantenimiento 11) Registros de calibración 12) Registros de verificación 13) Registros de capacitación 14) Registros de auditorías internas 15) Registros de revisión por la dirección	M	Programa de aseguramiento de la calidad y el ano resultados ISO 7501-2, adultos mas
RU	CU15	El laboratorio debe llevar seguimiento de la investigación realizada comparando con los resultados de otros laboratorios, cuando estén disponibles y sean apropiados. Este seguimiento debe incluir la revisión y análisis de los datos, así como la identificación de tendencias y patrones. El participante en el ensayo de aptitud: 1) debe tener un procedimiento documentado administrativo/técnico para evaluar y dar conclusiones de cualquier de aptitud. Se consideran competentes los laboratorios cuyos resultados de aptitud que cumplen los requisitos de la Norma ISO/IEC 17025. 2) participa del con con para cada una de la técnica o técnicas o ensayos de aptitud.	M	Implementar un plan de acción en relación con resultados cuantitativos insatisfactorios en un ensayo de aptitud.
RU	CU16	Incidencias de reconfiguración de seguimiento se deben anotar las mismas, utilizar para verificar y cuenta del aplicativo, registro las actividades del laboratorio. Si se detecta que los incidencias no cumplen el. Debe de las actividades de seguimiento, se debe realizar una acción correctiva para corregir la situación y prevenir que vuelva a ocurrir.	M	Matriz Carta de Control para la verificación de Control Ligeros en el Control de Personal Otros informes control que el de material de referencia certificado de este para los laboratorios de ensayo que cuenta con Cartas de Control para la verificación de Control Ligeros en el Control de Personal Evaluación de Ensayo de aptitud y verificación de Control. Cuenta, los cuales se pueden tomar de su proveedor de insumos, y se aquí se ejecuta como ejemplo a imagen a de datos.
RU	CU17	**Cadena de Custodia**		
RU	CU17.1	**Documentación** Documentación/cadena custod y asentar evidencia la relación	M	Ver ítem
RU	CU17.2	La custodia es el acto controlar de evidencia de la cosa, independiente objetivo establecido en un informe (por ejemplo, un informe técnico o un certificado de), que se utiliza para demostrar que la evidencia no ha sido alterada o manipulada de ninguna manera. La necesaria para la interpretación de la evidencia y para la elaboración juicios en un caso judicial. El laboratorio debe contar con un procedimiento para registro técnicos de la custodia de evidencias, que incluya información sobre la identificación de la evidencia, la persona responsable de la misma y cualquier persona que haya manipulado la evidencia. Además debe designar a una persona responsable de la gestión de la cadena de custodia, quien debe llevar un registro donde indique la ubicación de la evidencia en todo momento.	M	Ver ítem
RU	CU17.3	En el caso de un procedimiento de fallas, los fiscales de un pueden informar de una prueba pericial/ítem. Aunque técnicamente encontrada de la cadena ITA-TH-A-FA-013 V.02 Registro Tren diario de lectura de cámara con una referencia Trabajo y uso de Normas de ensayos	M	Ver ítem
RU	CU17.4	**Cadena de custodia/Identificación del ítem/ Formulario de cadena de custodia** El ítem debe identificarse con el fiscal de la siguiente información: a) Número de caso, número de ítem, descripción del ítem, fecha y hora de recepción, nombre y firma de la persona que recibió el ítem. b) Cualquier daño o anomalía en el ítem al momento de la recepción. c) Cualquier acción tomada en el ítem, como análisis, examen o almacenamiento. d) Cualquier persona que haya tenido acceso al ítem, incluyendo su nombre, firma y fecha y hora de acceso. e) Cualquier transferencia del ítem a otra persona o ubicación, incluyendo la información de la persona o ubicación receptora. El formulario de cadena de custodia debe ser firmado por cada persona que haya tenido acceso al ítem, y debe ser archivado en el expediente del caso. Además, el laboratorio debe tener procedimientos para garantizar la integridad de la cadena de custodia, incluyendo el uso de sellos de seguridad, la limitación del acceso al ítem y la verificación periódica de la cadena de custodia. El laboratorio debe contar con un procedimiento para la recepción, almacenamiento y manejo de las muestras biológicas. Este procedimiento debe incluir información sobre las condiciones de temperatura y humedad que se deben mantener durante el almacenamiento y transporte de las muestras, así como sobre los procedimientos de limpieza y desinfección de los equipos y superficies que entren en contacto con las muestras biológicas. Además debe designar a una persona responsable de la gestión de las muestras biológicas, quien debe llevar un registro donde indique la cantidad de muestras que se reciben, almacenan, transportan y disponen, así como cualquier otra información relevante para su trazabilidad. El laboratorio debe contar con un procedimiento para el manejo de los residuos biológicos generados durante los ensayos de la acreditación. Este procedimiento debe incluir información sobre la clasificación de los residuos biológicos, los métodos de tratamiento y disposición adecuados para cada tipo de residuo, así como sobre los procedimientos de limpieza y desinfección de los equipos y superficies que entren en contacto con los residuos biológicos. Además debe designar a una persona responsable de la gestión de los residuos biológicos, quien debe llevar un registro donde indique la cantidad de residuos que se generan, tratan y disponen, así como cualquier otra información relevante para su trazabilidad.	M	Retiro de residuos ITA-APN-PE-0001-F-01 Control de almacenamiento de muestras ITA-TH-APN-001 Registro de lectura cadena de congelación ITA-TH-A-FA-013 V.02 Registro de datos seguimiento/monitoreo ITA-TH-APN-013 V.02 Control diario de condiciones/calidad ambiental ITA-TH-APN-08-F-013 V.02 Registro Tren diario de lectura de cámara con una referencia Trabajo y uso de Normas de ensayos
RU	CU18	Cuando el laboratorio es responsable de la actividad de muestras, se certifica las muestras deben ser tomadas por personal competente y autorizado. Además, se asegurará que se mantengan los procedimientos de reconocimiento calificado.		No aplica
RU	CU19	El laboratorio cumpla de verificación con todas cuentan reconocimientos sobre evidencias de cadena de custodia, aunque cuenta con la cadena de custodia con el fiscal.		No aplica
RU	CU20	**Disposición de muestras - reciclaje y eco-diseño** Cuando el laboratorio es responsable de la actividad de muestras, además de los procedimientos para la disposición de los mismos, se debe tener en cuenta el reciclaje y eco-diseño durante la disposición de los muestras. 1) La identificación de muestras de muestras presentes en el ítem. 2) La identificación de muestras de muestras presentes en el ítem. 3) La identificación de muestras de muestras presentes en el ítem. 4) La identificación de muestras de muestras presentes en el ítem. 5) La identificación de muestras de muestras presentes en el ítem. 6) La identificación de muestras de muestras presentes en el ítem. 7) La identificación de muestras de muestras presentes en el ítem. 8) La identificación de muestras de muestras presentes en el ítem. 9) La identificación de muestras de muestras presentes en el ítem. 10) La identificación de muestras de muestras presentes en el ítem.	M	No aplica
RU	CU21	**Disposición de muestras de cada ítem** Cuando se autoriza una declaración de conformidad con una especificación o norma que tiene en cuenta la incertidumbre de la medición, como es habitual en muchas normas técnicas, el laboratorio decide si tiene en cuenta la incertidumbre de la medición de la muestra al declarar la conformidad (por ejemplo, utilizando una banda de guardia). 1) La identificación de muestras de muestras presentes en el ítem. 2) La identificación de muestras de muestras presentes en el ítem. 3) La identificación de muestras de muestras presentes en el ítem. 4) La identificación de muestras de muestras presentes en el ítem. 5) La identificación de muestras de muestras presentes en el ítem. 6) La identificación de muestras de muestras presentes en el ítem. 7) La identificación de muestras de muestras presentes en el ítem. 8) La identificación de muestras de muestras presentes en el ítem. 9) La identificación de muestras de muestras presentes en el ítem. 10) La identificación de muestras de muestras presentes en el ítem.	M	No aplica
RU	CU22	El laboratorio debe informar sobre la declaración de conformidad, en muestra que la declaración identifique claramente: 1) a qué resultados se refiere la declaración de conformidad; 2) especificaciones, normas o partes de ellas que se cumplen o no; 3) la regla de decisión aplicada, a menos que sea inherente a la especificación o la norma solicitada. NOTA: Para información adicional, véase la Guía ISO/IEC 98-4.	M	No aplica
RU	CU23	**Información sobre Cadenas de Aseguramiento** Cuando se utilizan declaraciones de conformidad, el laboratorio debe asegurarse de que la información transmitida en el informe o certificado de calibración o ensayo cumpla todos los requisitos del cliente, la especificación y/o la norma. Esto incluye la información sobre la incertidumbre de la medición cuando sea relevante para la validez o aplicación de los resultados de ensayo o calibración, cuando el cliente lo requiera, o cuando la incertidumbre afecte el cumplimiento de un límite especificado. El laboratorio debe contar con un procedimiento para el manejo y mantenimiento de los equipos de laboratorio, incluyendo la calibración y verificación periódica de los mismos. Además debe designar a una persona responsable de la gestión de los equipos, quien debe llevar un registro donde indique la fecha de la última calibración o verificación de cada equipo, así como la fecha de la próxima calibración o verificación programada.	M	No aplica
RU	CU24	Los informes o certificados explicando si (o no) informan de forma clara y no ha cumplido criterios de (por ejemplo y cumplido) y de dentro declara		No aplica
RU	CU25	Cuando las opiniones e interpretaciones se incluyan en el informe/certificado, el laboratorio debe asegurarse de que la información sea registrada.		No aplica
RU	CU26	**Modificación a los informes** Cuando se realizan modificaciones a un informe o certificado, el laboratorio debe asegurarse de que la información sea identificada, como por ejemplo, incluyendo el número de modificación, la fecha y la persona responsable de la modificación.	M	Criterios de resultados ITA-APN-PE-0001-F-01, de acuerdo riesgo, dejo con resultado de fecha, dejo de ser
RU	CU27	Si se	M	Criterios de resultados ITA-APN-PE-0001-F-01, de acuerdo riesgo, dejo con resultado de fecha, dejo de ser
RU	CU28	Cuando se requiera incluir un juicio técnico complejo, se debe asegurar de que el personal que lo emita cuente con la competencia necesaria para hacerlo.	M	Criterios de resultados ITA-APN-PE-0001-F-01, de acuerdo riesgo, dejo con resultado de fecha, dejo de ser
RU	CU29	**Control de resultados y gestión de no conformidad**		
RU	CU30	Cuando haya desviaciones respecto a lo establecido en los métodos de ensayo o los procedimientos de calibración, estas deben ser autorizadas previamente y quedar documentadas en el informe técnico correspondiente.	M	No aplica

RA	Unidad	Accesibilidad, gestión de la información, del conocimiento y empatía por la discapacidad Accesibilidad, gestión de la información, del conocimiento y empatía por la discapacidad Gestión de la información, del conocimiento y empatía por la discapacidad Gestión de la información, del conocimiento y empatía por la discapacidad