INFORME DE SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR

Fecha de Vigencia: agosto 26 de 2021

Versión: 04

INFORME No 6

Período: Septiembre 2023

Generalidades

Contratante:	Empresa de Servicios Públicos de La Virginia
Contratista:	**CRHONOS ISO CONSULTORES S.A.S** NIT 901.229.923-6 **SANDRA PATRICIA ZULUAGA PARRA** C.C. 30.327.629
Contrato:	**071-2023**
Objeto:	Acompañamiento en Implementación de los estándares de calidad con base en la resolución 1619 de 2015.
Iniciación:	28/03/2023
Finalización:	27/07/2023

	DESCRIPTIVA DE ACTIVIDADES			
No	**Actividad y/o alcances**	**Descripción (Qué se hizo)**	**Evidencia de los alcances**	**% DE AVANCE**
1	Revisión, adecuación e implementación	Documentación del Área de microbiología	Se entrega toda la documentación del SG del laboratorio con todos los soportes de socialización Se realiza revisión del listado maestro de registros vs los formatos cargados en el drive Se encuentran todos los formatos, para un total de 102	100%
2	Evaluación	Riesgos y actualizaciones de matriz de riesgos del laboratorio	Se entrega la matriz de riesgos y se socializo con personal y control interno	100%
3	Entrenamiento	Teórico en verificación de métodos FQ de turbiedad, ph, alcalinidad y microbiológicos de coliformes totales y E. Coli	Se entrega protocolos de verificación de métodos FQ, formatos de recopilación y análisis de datos de verificación. Se evalúa y se entrega informe verificación de métodos de turbiedad y PH	100%
4	Planificación	Programa de capacitación y educación continua vigencia 2023	Se cumple con la programación de capacitación año 2023, se evidencian el DRIVE	100%
5	Entrenamiento Personal designado en calidad para el manejo del SGC del laboratorio	Personal designado en calidad para el manejo del SGC del laboratorio	Se socializa los documentos del plan de mejoramiento que se presentó a LSP Se socializo todos los documentos del SG al personal del	100%

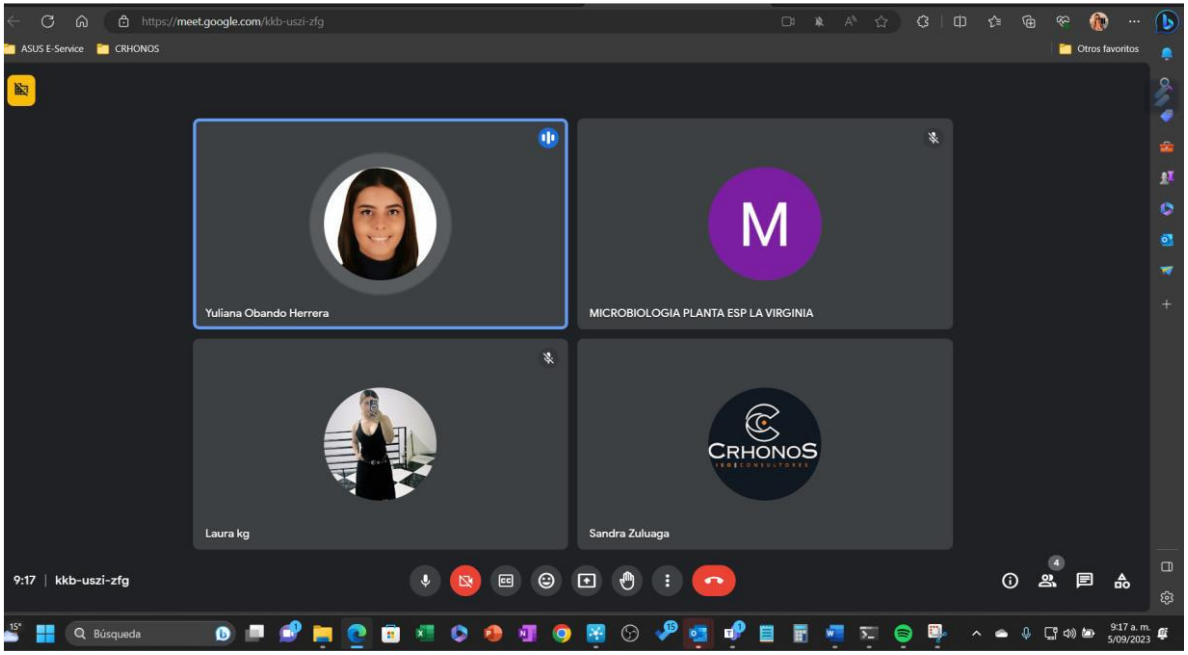
			laboratorio, se deja evidencia de evaluación	
6	Hojas de Vida	Equipos	Actividad cumplida	100%
7	Manuales	De uso Equipos	Actividad Cumplida	100%
8	Seguimiento	Cumplimiento del plan Metrológico y transporte de muestras	Actividad cumplida	100%
9	Criterio Referencia y Contrarreferencia	Procedimiento de recepción, manipulación y transporte de muestras, procedimiento de referencia y contrarreferencia, cadena de custodia, trazabilidad de muestras	Se entrega procedimiento de referencia y contra referencia, se dejan registros de socialización y evaluaciones	100%
10	Bioseguridad	Manejo de residuos, manual de bioseguridad, riesgos asociados a muestras y sustancias químicas que manipula el laboratorio, plan de gestión integral de residuos, ruta sanitaria de recolección residuos.	Se entrega procedimiento de bioseguridad y manejo de residuos, se dejan registros de socialización y evaluaciones	100%
11	Implementar	El aseguramiento de la calidad en el área de microbiología y FQ	Capacitación en estándares de calidad res 1619 al personal nuevo y actual. Entrenamiento en la normativa del laboratorio, entrenamiento en ISO 17025:2017. Capacitación en gestión de riesgos, verificación de métodos fisicoquímicos Evaluaciones de Eficacia de capacitación	100%
12	Revisión	Autorización del personal nuevo para la ejecución de actividades de ensayo microbiológico	Se dejan registros de supervisión y autorización del ´personal de fisicoquímica y microbiológica. Se actualiza la autorización de Yuliana y de Andres en verificación de métodos	100%
13	Implementación	SGC Laboratorio	Se realiza aplicación de las herramientas de verificación de estándares de calidad al laboratorio, cubriendo todos los ítems. Se obtuvo 90,1%. Se prepara personal y control interno para la visita de seguimiento de la secretaria de Salud. Se participa en auditoría interna de control interno. Se realiza socialización de los hallazgos de auditoria interna realizada por control interno en estándares de calidad. Se obtuvo un porcentaje de cumplimiento del 90,1% Se presenta el avance en plan de mejoramiento del LSP con un puntaje de avance del 93% Se da recomendaciones para atender la auditoria del LSP que se realizará el 10 de octubre Se revisan y ajustan plan de acción de la auditoría interna realizada	100%

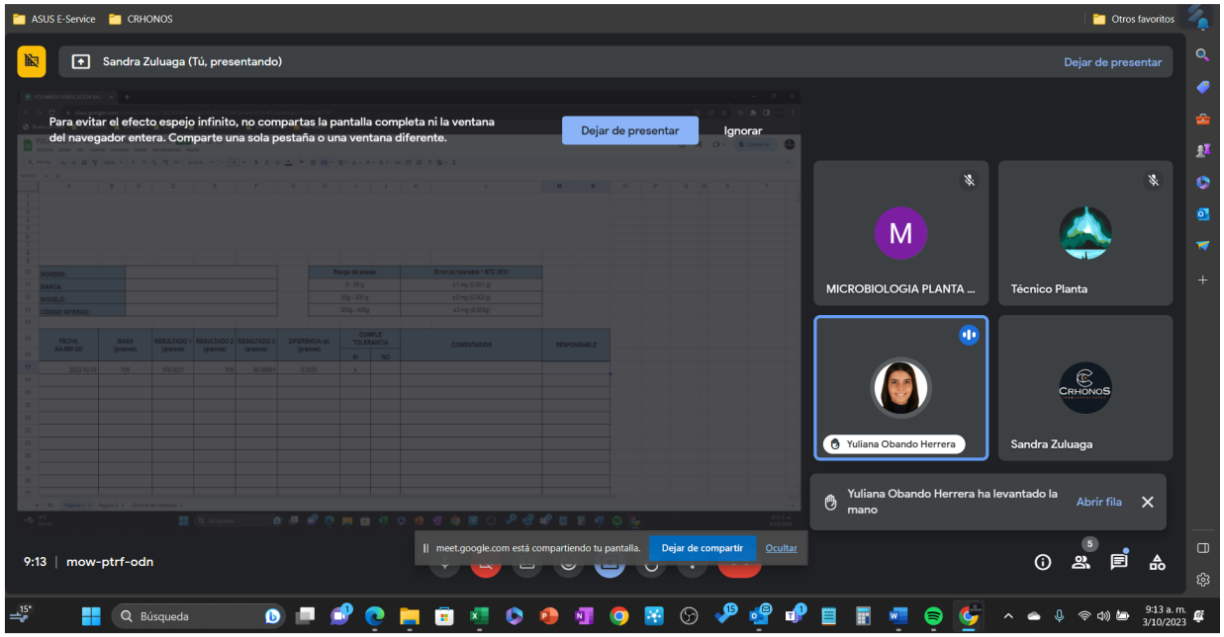
			Se revisan las instalaciones del laboratorio y se dan recomendaciones	

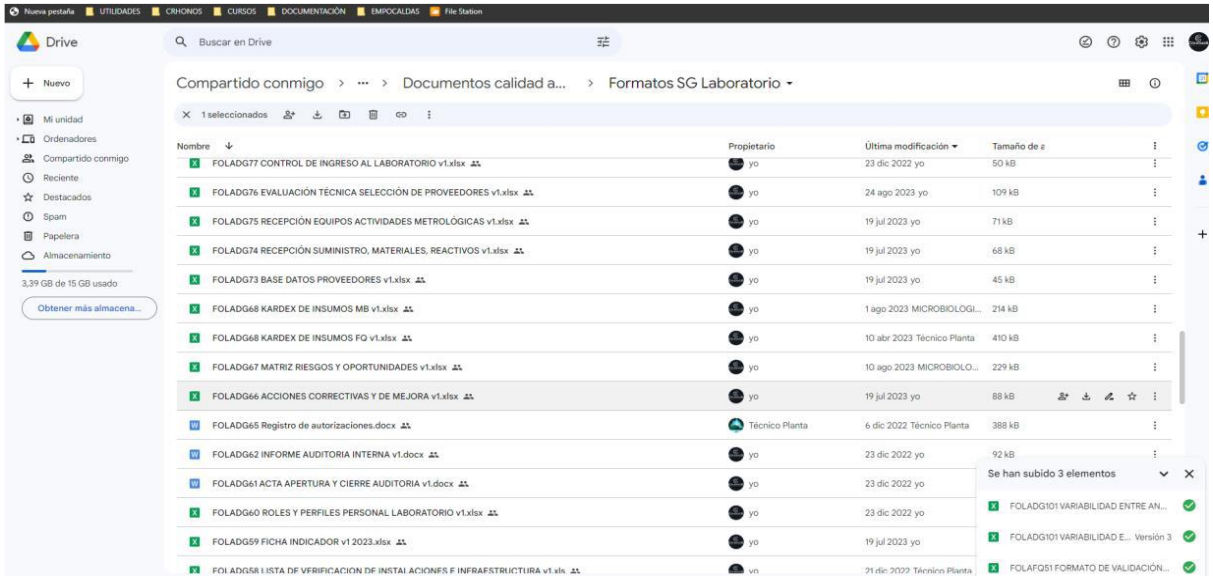
Elaboró

_____

Interventor y/o Supervisor




Sandra Zuluaga (Tú, presentando)
Dejar de presentar
Para evitar el efecto espejo infinito, no compartas la pantalla completa ni la ventana del navegador entera. Comparte una sola pestaña o una ventana diferente.
Dejar de presentar
Ignorar
MICROBIOLOGIA PLANTA ...
Técnico Planta
Yuliana Obando Herrera
Sandra Zuluaga
Yuliana Obando Herrera ha levantado la mano
Abrir fila
meet.google.com está compartiendo tu pantalla.
Dejar de compartir
Ocultar
9:13 | mow-ptrf-odn


Drive
Buscar en Drive
Nuevo
Compartido conmigo
Documentos calidad a...
Formatos SG Laboratorio
Mi unidad
Ordenadores
Compartido conmigo
Reciente
Destacados
Spam
Papelera
Almacenamiento
3,39 GB de 15 GB usado
Obtener más almacena...
Nombre
Propietario
Última modificación
Tamaño de a
FOLADG77 CONTROL DE INGRESO AL LABORATORIO v1.xlsx
FOLADG76 EVALUACIÓN TÉCNICA SELECCIÓN DE PROVEEDORES v1.xlsx
FOLADG75 RECEPCIÓN EQUIPOS ACTIVIDADES METROLÓGICAS v1.xlsx
FOLADG74 RECEPCIÓN SUMINISTRO, MATERIALES, REACTIVOS v1.xlsx
FOLADG73 BASE DATOS PROVEEDORES v1.xlsx
FOLADG68 KARDEX DE INSUMOS MB v1.xlsx
FOLADG68 KARDEX DE INSUMOS FQ v1.xlsx
FOLADG67 MATRIZ RIESGOS Y OPORTUNIDADES v1.xlsx
FOLADG66 ACCIONES CORRECTIVAS Y DE MEJORA v1.xlsx
FOLADG65 Registro de autorizaciones.docx
FOLADG62 INFORME AUDITORIA INTERNA v1.docx
FOLADG61 ACTA APERTURA Y CIERRE AUDITORIA v1.docx
FOLADG60 ROLES Y PERFILES PERSONAL LABORATORIO v1.xlsx
FOLADG59 FICHA INDICADOR v1 2023.xlsx
Se han subido 3 elementos

LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS

Fecha de Vigencia: 2018 - 09- 27 | Código: FOLADG01 | Versión: 01

PROCESO: Laboratorio Aguas
RESPONSABLE DE LA ACTUALIZACIÓN: Responsable d
FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 2023-07-20

IDENTIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN DOCUMENTADA		TIPO DE DOCUMENTO	CONTROL DE LA INFORMACIÓN DOCUMENTADA (aplica para documentos internos)				FECHA DE ACTUALIZACIÓN	OBSERVACIONES
			VERSIÓN	FECHA DE CREACIÓN				
CÓDIGO	NOMBRE			AÑO	MES	DIA		
No Aplica	Política de Calidad	Política	2	2018	9	18	2022-11-16	Se incluyen las actividades que se realizan en el laboratorio y objetivos de calidad
No Aplica	Política Gestión de riesgos	Política	1	2022	11	16		
No Aplica	Política imparcialidad y confidencialidad	Política	1	2022	11	16		
No Aplica	Política seguridad de la información	Política	1	2023	7	16		
No Aplica	Política Bioseguridad	Política	1	2023	7	16		
no cuenta con la estructura de un instructivo	Recepción muestras en laboratorio calidad PTAP ESP La Virginia	Instructivo						
INLADG01	Instructivo de limpieza y desinfección	Instructivo	1	2022	11	16		el documento no contaba con versión ni fecha de creación, se inicia con versión 1 del 2022
INLAFQ02	Instructivo para la toma, transporte y preservación de muestras fisicoquimicas	Instructivo	2	2022	11	19	2022-11-16	Cambio de codificación de los documentos del SGC del laboratorio se anexan protocolos adicionales



Avance Plan de mejoramiento

Hallazgos Identificados LSP Visita año 2022	Porcentaje de cumplimiento 2023-09-21
53	93%

Avance 0%:
- Adecuaciones de las instalaciones laboratorio
- Designación responsable calidad

Avance 80 - 90%:
- Aprobación organigrama
- Seguimiento a procesos contractuales
- Aseguramiento trazabilidad metrológica: MRC para todos los métodos
- Seguimiento y control de las CA
- Cumplimiento plan metrológico
- Manejo y uso kit antiderrames SST
- Visita a gestor externo residuos,
- Ruta sanitaria (señalización)
- Centro acopio disposición residuos identificado
- Unificar plan de contingencias con PIRGS (ambiental)
- Reubicación de ducha y lavaojos

Auditoría Interna Estándares calidad Res. 1619/15

Item	Cod	Tipo	Hallazgo	Hallazgo visita LSP
1	2.5	A	Desde la dirección o coordinación no está designado un responsable de calidad con formación específica certificada en ISO/IEC 17025 vigente y con autoridad delegada para implementar y hacer seguimiento a los requisitos de la norma de calidad en el laboratorio	Si Hallazgo #25 Avance: 0%
2	3.1	A	No se cuenta con evidencia de la construcción o remodelación de la planta física cumpliendo las especificaciones de la norma vigente de sismo resistencia (después 2010) o reforzamiento estructural (antes 2010)	No
3	3.2	A	Las instalaciones del laboratorio no están distribuidas por secciones o ambientes de acuerdo a sus actividades técnicas, debidamente identificadas con separación eficaz (área microbiología)	Si Hallazgo #32 Avance: 0%
4	3.3	A	El laboratorio no cuenta con área o espacio para pesaje que garantice el óptimo funcionamiento de la balanza.	No

Auditoría Interna Estándares calidad Res. 1619/15

CRHONOS ISO CONSULTORES

Item	Cod	Tipo	Hallazgo	Hallazgo visita LSP
5	3.7	B	Las secciones y ambientes técnicos del laboratorio no cuentan con un sistema de ventilación acorde con los procedimientos que se realizan	No
6	3.8	B	El laboratorio no tiene espacios de almacenamiento en condiciones adecuadas para asegurar la integridad para todo tipo de muestras que requieran ser almacenadas	No
7	3.18	C	El laboratorio no cuenta con programas periódicos de mantenimiento, actualización y protección de software	No
8	4.3	B	Desde la coordinación o dirección del laboratorio no se asegura que todos los procedimientos de referencia y contrareferencia son de conocimiento del personal involucrado en la actividad	No
9	6.4	A	El laboratorio no informa de manera inmediata a la autoridad competente los resultados obtenidos cuando estos evidencien un riesgo potencial de salud pública y a las personas prestadoras del servicio público de acueducto para que se tomen medidas pertinentes	No