	GOBERNACIÓN DEL TOLIMA SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CODIGO: FOR-GB-016
	PROCESO: GESTIÓN CONTRACTUAL	VERSIÓN: 04
	INFORME DETALLADO EJECUCION DE ACTIVIDADES	Vigente desde: 23/08/2023

1. RESUMEN TECNICO EVALUACION DEL CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES CONTRACTUALES

1.1 RESPONSABILIDADES DEL CONTRATISTA O COOPERANTE

RESPONSABILIDAD CONTRACTUAL POR PARTE DEL CONTRATISTA	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	EVIDENCIA	MECANISMO DE VERIFICACION	OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES
1.Apoyar el Sistema de Gestión de Calidad basado en la norma ISO/IEC 17025 implementado en el Laboratorio de Salud Pública, la elaboración y revisión de documentos del sistema de validad y actualizarlos cuando sea necesario, promoviendo la activa participación del personal en el diseño y mejora de los procedimientos.	Durante el período establecido, se brindó apoyo al Sistema de Gestión de Calidad basado en la norma ISO/IEC 17025 implementado en el Laboratorio de Salud Pública, mediante la elaboración, revisión y actualización de documentos del sistema, asegurando su validez y concordancia con los requisitos normativos. Se promovió la participación activa del personal en la identificación de oportunidades de mejora, fortaleciendo así la cultura de calidad dentro del laboratorio y contribuyendo al mantenimiento de la competencia técnica y confiabilidad de los resultados emitidos.	Matriz de riesgos LSP Tolima LSP-FOR-GS-008 MATRIZ DE RIESGOS v3 Acciones de mejora derivadas de auditoria del Instituto Nacional de Salud	Carpeta One Drive Cta 1 Informe de actividades Item No. 1	N/A
2.Apoyar la capacitación de y/o asesoría a los funcionarios del LSP en el Sistema de Gestión de Calidad con los documentos que estén vigentes para consolidar el sistema institucional y los informes mensuales sobre el funcionamiento del Sistema de Gestión de Calidad del Laboratorio de Salud Pública del Tolima.	Se brindó apoyo efectivo en la planeacion del los procesos de capacitación y asesoría a los funcionarios del Laboratorio de Salud Pública del Tolima en el Sistema de Gestión de Calidad, utilizando los documentos vigentes como base para fortalecer el conocimiento institucional y asegurar la correcta implementación de los procedimientos.	LSP-FOR-CA-005 PLAN ANUAL DE CAPACITACIONES 2025 v3	Carpeta One Drive Cta 1 Informe de actividades Item No. 2	N/A
3. Apoyar la revision tecnica de metodos, cartas control, cumplimiento de trazabilidad metrologica, diseño de protocolos de los ensayos a acreditar y la construccion de informes	Se apoyó de manera efectiva la revisión técnica de métodos analíticos, cartas de control y el cumplimiento de la trazabilidad metrológica, asegurando la confiabilidad y validez de los resultados emitidos por el Laboratorio de Salud Pública del Tolima. Asimismo, se participó en la revision de protocolos para los ensayos a acreditar, garantizando su alineación con los requisitos de la norma ISO/IEC 17025.	Verificacion metodo sultafos en agua HACH LSP-FOR-IV- 229 CARTAS CONTROL DE EXACTITUD FISICOQUIMICO CALCIO RECUPERACIÓN LSP-FOR-IV- 229 CARTAS CONTROL DE EXACTITUD FISICOQUIMICO FLUOR RECUPERACIÓN LSP-FOR-IV- 229 CARTAS CONTROL DE EXACTITUD FISICOQUIMICO NITRATOS RECUPERACIÓN LSP-FOR-IV- 229 CARTAS CONTROL DE EXACTITUD FISICOQUIMICO NITRITOS RECUPERACIÓN	Carpeta One Drive Cta 1 Informe de actividades Item No. 3	N/A
4, Acompañar al equipo del Laboratorio en las auditorias de evaluacion que se realicen basadas en la Norma ISO/IEC 17025	Se brinda acompañamiento en la auditoria realizada por el Instituto Nacional de Salud los dias 17 al 20 de julio de 2025	2. Herramienta Verificación LSP TOLIMA 2025-06-17 AL 20	Carpeta One Drive Cta 1 Informe de actividades Item No. 4	
5.Brindar apoyo y acompañamiento necesario en caso de presentarse una situación de emergencia, urgencia o desastre que requiera respuesta inmediata de la Secretaria de Salud del Tolima, conforme a las instrucciones del supervisor.	No se realizo la actividad en el periodo comprendido del pago	N/A	N/A	N/A
6. Aplicar los lineamientos del Manual de Gestion Documental enc uanto a las tablas de retencion documental y organización de archivos, los cuales deben ser entregados al supervisor meidante oficio en el formato unico de inventario documental al finalizar el contrato	No se realizo la actividad en el periodo comprendido del pago	N/A	N/A	N/A

7, Bindar apoyo en otras areas y eventos del laboratorio cuando sea necesario incluyendo actividades como la preparacion de materiales, asistencia a talleres o capacitaciones, colaboracion en las actividades de extension o divulgacvion cientifica, y soporte logistico en eventos internos o externos, con el fin de contribuir al cumplimiento de los objetivos generales del laboratorio y asegurar la eficiencia de los procesos.	No se realizo la actividad en el periodo comprendido del pago	N/A	N/A	N/A

1.2 RESPONSABILIDADES DEL CONTRATANTE

RESPONSABILIDAD CONTRACTUAL POR PARTE DEL CONTRATANTE	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	EVIDENCIA	MECANISMO DE VERIFICACION	OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES
1. Poner a disposición del CONTRATISTA los bienes y lugares que se requieran para la ejecución y entrega del objeto contratado.	Se ubico al funcionario dentro del edificio de LSP, y de hizo recorrido y presentacion del mismo y de los elementos para el desarrollo de las actividades contratadas	NA	NA	
2. Una vez se surta el proceso de contratación estatal, asignar un Supervisor, a través de quien la gobernación mantendrá la interlocución permanente y directa con el CONTRATISTA.	Se asigno como supervisor del contrato 2362 al Ing. AXEL LOMBARDO RAMIREZ RIVERA Subdirector Laboratorio de la Secretaria de Salud del Tolima	Minuta contrato	SECOP II	
3. Ejercer el control sobre el cumplimiento del contrato a través del Supervisor designado para el efecto, exigiéndole la ejecución idónea y oportuna del objeto a contratar.	Durante este periodo no se presentaron hechos de incumplimiento del contrato.	N/A	N/A	
4. Adelantar las gestiones necesarias para el reconocimiento y cobro de las sanciones pecuniarias y garantías a que hubiere lugar, para lo cual el Supervisor dará aviso oportuno a la gobernación, sobre la ocurrencia de hechos	Durante este periodo no se presentaron hechos de incumplimiento del contrato.	N/A	N/A	
5. Pagar al CONTRATISTA en la forma pactada y con sujeción a las disponibilidades presupuestales y de PAC previstas para el efecto.	Se solicitaron los certificados de disponibilidad presupuestal y el certificado de registro presupuestal para poder ejecutar el contrato.	Informe de supervisión. Copia de Certificado de registro presupuestal y disponibilidad presupuestal archivados en la oficina de contratación de la Gobernación del Tolima.	Revisión de informe de supervisión, Página de Colombia compra eficiente. Copia de Certificado de registro presupuestal y disponibilidad presupuestal archivados en la oficina de contratación de la Gobernación del Tolima.	
6. Tramitar diligentemente las apropiaciones presupuestales que requiera para solventar las prestaciones patrimoniales que hayan surgido a su cargo como consecuencia de la suscripción del contrato.				
7. Solicitar y recibir información técnica respecto del bien ó servicio y demás del CONTRATISTA en desarrollo del objeto del contractual.	Informe de supervisión. Soporte de pago de seguridad social.	Informe de supervisión. Soporte de pago de seguridad social.	Revisión de informe de supervisión y del soporte de pago de seguridad social.	

CONCLUSIONES:

Ha cumplido durante el presente periodo, en lo pertinente, con el objeto, obligaciones, compromisos y/o requisitos establecidos en el acto contractual en mención y en los documentos adicionales que hacen parte integral del mismo.

Por lo anterior, se da el visto bueno para realizar el pago correspondiente.

NOMBRE(s) DEL SUPERVISOR(es) :

AXEL LOMBARDO RAMIREZ RIVERA

FIRMA:

Ibagué, 21 de agosto de 2025

Ingeniero
AXEL LOMBARDO RAMIREZ RIVERA
Supervisor
Subdirector Laboratorio de Salud Pública del Tolima

Asunto: Informe de actividades cuenta N 1, contrato N 2362 del 03 de junio de 2025

1.Apoyar el Sistema de Gestión de Calidad basado en la norma ISO/IEC 17025 implementado en el Laboratorio de Salud Pública, la elaboración y revisión de documentos del sistema de validad y actualizarlos cuando sea necesario, promoviendo la activa participación del personal en el diseño y mejora de los procedimientos.

Durante el período establecido, se brindó apoyo al Sistema de Gestión de Calidad basado en la norma ISO/IEC 17025 implementado en el Laboratorio de Salud Pública, mediante la elaboración, revisión y actualización de documentos del sistema, asegurando su validez y concordancia con los requisitos normativos. Se promovió la participación activa del personal en la identificación de oportunidades de mejora, así como en el diseño y optimización de procedimientos, fortaleciendo así la cultura de calidad dentro del laboratorio y contribuyendo al mantenimiento de la competencia técnica y confiabilidad de los resultados emitidos.

- **REVISION MATRIZ DE RIESGOS DEL LSP TOLIMA**

LSP-FOR-GS-008 MATRIZ DE RIESGOS v3

IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	CAUSAS	CONSECUENCIAS	CONTROLES EXISTENTES	REGISTRO QUE EVIDENCIA LA APLICACIÓN DEL CONTROL	EFECTO DEL CONTROL		EFICACIA DE LOS CONTROLES				VALORACIÓN DEL RIESGO CON LOS CONTROLES			OPCIÓN DE MANEJO	ACCIONES PREVENTIVAS
						DISMINUYE LA PROBABILIDAD	DISMINUYE EL IMPACTO	VALOR CUANTITATIVO	VALOR CUALITATIVO	VALOR TOTAL (CUANTITATIVO Y CUALITATIVO)		Probabilidad	Impacto	Nivel		
Realizar los ensayos sin cumplir las condiciones ambientales.	Operativo Imagen	*Falta de conocimiento del personal sobre los factores de corrección. * Métodos no especifican rangos ambientales aceptables. * Falta de verificación de las condiciones antes del ensayo. * Equipos de monitoreo ambiental sin calibración o configurados incorrectamente. *Cultura de cumplimiento débil o falta de seguimiento sistemático.	* Reprocesamiento de muestras. *Resultados técnicamente inválidos. *Repetición de ensayos con pérdida de insumos y tiempo. *Posible pérdida de acreditación si el incumplimiento es recurrente. *Desconfianza del cliente. *Impacto en el sistema de calidad (indicadores, revisiones por la dirección, auditorías internas y externas).	Procedimientos documentados de condiciones ambientales	* Formato de control ambiental LSP-FOR-IV-056 REGISTRO DE CONDICIONES AMBIENTALES *LSP-PRO-GM-006 INSTALACIONES Y CONDICIONES AMBIENTALES	SI	NO	4	Moderada	4	MODERADA	2	4	Medio	ASUMIR	Revisar y actualizar métodos incluyendo tolerancias ambientales.
				Entrenamiento del personal técnico	*LSP-FOR-GA-020 PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO BASICO EN EL PUESTO DEL TRABAJO. *LSP-FOR-GA-023 EVALUACION TECNICA Y SEGUIMIENTO DEL PERSONAL. *LSP-FOR-GA-022 AUTORIZACION TECNICA DEL PERSONAL	SI	NO	4	Moderada							Realizar socializaciones sobre factores de corrección y su impacto. Incluir en inducción reinducción.
				Supervisión de los procesos.	LSP-FOR-GA-021 SUPERVISION DE PROCESOS	SI	NO	4	Moderada							Evaluación técnica periódica con énfasis en toma de decisiones frente a condiciones fuera de especificación.

IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	CAUSAS	CONSECUENCIAS	CONTROLES EXISTENTES	REGISTRO QUE EVIDENCIA LA APLICACIÓN DEL CONTROL	EFECTO DEL CONTROL		EFICACIA DE LOS CONTROLES				VALORACIÓN DEL RIESGO CON LOS CONTROLES			OPCIÓN DE MANEJO	ACCIONES PREVENTIVAS
						DISMINUYE LA PROBABILIDAD	DISMINUYE EL IMPACTO	VALOR CUANTITATIVO	VALOR CUALITATIVO	VALOR TOTAL (CUANTITATIVO Y CUALITATIVO)		Probabilidad	Impacto	Nivel		
Emisión de resultados no válidos	Estratégico Imagen Financiero	* Personal no competente. * Métodos inapropiados. * Reactivos vencidos. * Incumplimiento de condiciones ambientales.	* Daño a la imagen del laboratorio. * Afectacion del indicador de oportunidad * Sanciones penales, disciplinarias y monetarias. * Reprocesamiento de muestras.	LSP-PRO-AD-003 PROCEDIMIENTO INDUCCIÓN, ENTRENAMIENTO, AUTORIZACIÓN, SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN DEL PERSONAL	*LSP-FOR-GA-020 PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO BASICO EN EL PUESTO DEL TRABAJO * LSP-FOR-GA-023 EVALUACION TECNICA Y SEGUIMIENTO DEL PERSONAL *LSP-FOR-GA-022 AUTORIZACION TECNICA DEL PERSONAL	SI	SI	4	Moderada	4	MODERADA	3	4	Alto	ASUMIR	Implementar auditorías internas de ISO/IE 17025.
				* LSP-PRO-AD-007 Procedimiento para la adquisicion, almacenamiento, manejo y control de reactivos, insumos y equipos	* KARDEX LSP-FOR-GS-016	SI	SI	4	Moderada							Continuar con las evaluaciones a proveed
				* Procedimiento de toma de condiciones ambientales LSP-PRO-IV-001	* Formato de control ambiental LSP-FOR-IV-056 REGISTRO DE CONDICIONES AMBIENTALES	SI	SI	4	Moderada							Revision condiciones ambientales y mantenimiento equipos
Afectación a la imparcialidad	Estratégico Imagen	* El laboratorio depende de otras áreas de la organización. * La deficiente contratacion por perfiles del personal del laboratorio por conveniencia política.	* Manipulación de resultados. * Pérdida de credibilidad. * Investigaciones disciplinarias, fiscales y penales.	* Declaración juramentada de estar libre de conflicto de intereс, presiones indebidas.	* Formato de COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD LSP-FOR-GA-004, LSP-FOR-GA-023 FORMATO DE DECLARACION DE INTERES	SI	SI	5	Alta	5	ALTA	1	4	Bajo	ASUMIR	Supervisión continua del personal.
																Implementar auditorías internas de ISO/IE 17025.
				* Vigilancia por entes de control interno y externo.	* Actas de reunión, informes de seguimiento, Formato de visita de entes de control.	SI	SI	5	Alta							Incluir una charla de imparcialidad y confli de intereses en las capacitaciones anuales laboratorio.
Violación de la confidencialidad de los resultados	Estratégico Imagen	* Equipos informáticos vulnerables. * Ingreso no autorizado al laboratorio. * Ataques informáticos. * Personal no entrenado	* Daño a la imagen del laboratorio. * Afectación a la salud o la vida de las personas. * Sanciones penales, disciplinarias y monetarias.	LSP-PRO-AD-002 PROCEDIMIENTO MANIPULACION DE LA INFORMACION EN EL LSP	Bloquen de puertos USB y seguridad de acceso a cada usuario de los equipos	SI	NO	4	Moderada	4	MODERADA	2	5	Medio	REDUCIR	Implementar auditorías internas para el are sistemas
				Firma de acuerdo de confidencialidad	COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD LSP-FOR-GA-004	SI	NO	4	Moderada							Implementar en el ciclo de capacitacione tema de confidencialidad de los resultad
				LSP-PRO-AD-003 PROCEDIMIENTO INDUCCIÓN, ENTRENAMIENTO	LSP-FOR-GA-020 PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO BASICO EN EL PUESTO											

- Acciones de mejora derivadas de auditoria del Instituto Nacional de Salud

CARGO:	Auditor Lider ONAC	CARGO:	Analista- Profesional de apoyo

ANÁLISIS DE CAUSAS

1. ¿Por qué no se cumplen las tablas de retención documental?
Porque no se incluyeron los informes de diagnóstico en las tablas de retención documental.

2. ¿Por qué no se incluyeron los informes de diagnóstico?
Porque no fueron reportados por las áreas durante la verificación de la documentación existente.

3. ¿Por qué no fueron reportados por las áreas?
Porque las areas no están suficientemente sensibilizadas sobre la importancia de los informes de diagnóstico en las tablas de retención documental.

4. ¿Por qué no están sensibilizadas?
Porque no se ha realizado una capacitación o socialización efectiva sobre la importancia de los informes de diagnostico en las tablas de retención y sus responsabilidades asociadas.

¿Hay que actualizar los riesgos y oportunidades?	SI	x	NO		LSP-FOR-GS-008 MATRIZ DE RIESGOS. Profundizar en la evaluacion del riesgo "Realizar los ensayos sin cumplir las condiciones ambientales"
¿Hay que actualizar el Sistema de Gestión 17025?	SI		NO	X	-
Existen No Conformidades similares o que potencialmente puedan ocurrir	SI		NO	x	-

PLAN DE ACCIÓN

N°	Acción a Tomar	Responsable	Fecha propuesta
1	Ajustar las TRD en caso de identificar inconformidades con la normativa vigente y enviar a la Dirección de Gestion documental	Maria Alejandra Rodriguez, Diego Barragan, Axel Ramirez	2025-08-30
2	Socializar y capacitar al personal del Laboratorio sobre los tiempos de retención documental y la correcta aplicación de las TRD.	Maria Alejandra Rodriguez, Diego Barragan, Axel Ramirez	2025-09-19
3	Establecer un seguimiento trimestral a la solicitud de las tablas de retención documental	Maria Alejandra Rodriguez, Diego	2025-11-30

	GOBERNACION DEL TOLIMA	**CODIGO: LSP-FOR-MC-005**
	SECRETARIA DE SALUD	**VERSION: 04**
	LABORATORIO DE SALUD PUBLICA	**PAGINA 1 DE 2**
	MACROPROCESO **MEJORA CONTINUA**	**VIGENTE DESDE: 2024-10-15**
	ACCIONES CORRECTIVAS	

AREA	CALIDAD	**FECHA**	**2025-07-17**	**CONSECUTIVO**	
EVENTO	ADMINISTRATIVO	**RESPONSABLE**	**SANDRA TAPIAS**		
DECISION OPORTUNA TOMADA	NINGUNA				
ACCIÓN:	CORRECTIVA	**FUENTE DE LA DETECCION**	**AUDITORIA**	**SI ES OTRO, CUAL?**	**N/A**

DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO

1.22 EL LABORATORIO PRESENTA DESVIACIONES EN LA APLICACION DEL PROCEDIMIENTO PARA LA EMISION Y ENTREGA DE INFORMES DE RESULTADOS, LO CUAL AFECTA LA TRAZABILIDAD Y CONTROL DEL PROCESO.

¿SE REQUIERE CORRECIÓN?

SI	**X**	**NO**	

DESCRIPCION DE LA CORRECCION:
Actualizar y estandarizar el procedimiento para la emisión y entrega de informe de resultados del LSP. Posteriormente, socializar y evaluar la aplicación del procedimiento para cada evento

QUIEN DETECTA EL PROBLEMA		**RESPONSABLE DEL PLAN DE ACCIÓN**	
NOMBRE:	YANELY ANGELICA VALBUENA ARIAS	NOMBRE:	CLAUDIA GOMEZ
CARGO:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	CARGO:	LIDER DE CALIDAD

ANÁLISIS DE CAUSAS

1. ¿Por qué se presentaron desviaciones en la aplicación del procedimiento de emisión y entrega de informes de resultados?
Porque no existe una estandarización adecuada en el proceso de emisión y entrega de resultados, lo que ha generado diferencias en la forma y control con que se realiza esta actividad.
2. ¿Por qué no se ha estandarizado adecuadamente el procedimiento?
Porque el procedimiento SP-PRO-IV-002 que define la emisión y entrega de resultados no ha sido actualizado para reflejar las practicas actuales ni los controles necesarios
3. ¿Por qué no se ha actualizado el procedimiento SP-PRO-IV-002?
Porque no se había identificado la necesidad de revisión o actualización del documento dentro del sistema de gestión
4. ¿Por qué no se identificó la necesidad de actualizar el procedimiento?

O Y G 1.22 +

	GOBERNACION DEL TOLIMA SECRETARIA DE SALUD LABORATORIO DE SALUD PUBLICA	CODIGO: LSP-FOR-MC-005 VERSION: 04 PAGINA 1 DE 2
	MACROPROCESO: MEJORA CONTINUA ACCIONES CORRECTIVAS	VIGENTE DESDE: 2024-10-15

AREA	PGIRASA	**FECHA**	**2025-07-16**	**CONSECUTIVO**	
EVENTO	RUTA SANITARIA	**RESPONSABLE**	**DIEGO BARRAGAN**		
DECISION OPORTUNA TOMADA	Ninguna				
ACCIÓN:	CORRECTIVA	**FUENTE DE LA DETECCION**	**AUDITORIA**	**SI ES OTRO, CUAL?**	**NA**

DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO

5.10 EL ESQUEMA DE LA RUTA SANITARIA IMPLEMENTADA POR EL LABORATORIO NO CONTEMPLA DE FORMA CLARA LA DEFINICION NI EL MANEJO DE LOS RESIDUOS LIQUIDOS GENERADOS

¿SE REQUIERE CORREIÓN?

SI	x	**NO**	

DESCRIPCION DE LA CORRECCION:

1.Aclarar y actualizar el protocolo de manejo y dispocision de residuos liquidos en el PGIRASA 2. Ubicar una estiva en el cuarto de almacenamiento intermedio de residuos peligrosos

QUIEN DETECTA EL PROBLEMA		**RESPONSABLE DEL PLAN DE ACCIÓN**	
NOMBRE:	YANELY ANGELICA VALBUENA ARIAS	NOMBRE:	DIEGO BARRAGAN
CARGO:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO INS	CARGO:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO

ANÁLISIS DE CAUSAS

1. ¿Por qué el laboratorio no tiene definido de manera clara el manejo de los residuos líquidos? Por qué el PGIRASA no describe de forma puntual ni especifica el proceso para el manejo y disposicion de los residuos liquidos generados
2. ¿Porque no se describió de manera puntal y clara el manejo de los residuos líquidos en el PGIRASA? Porque estos residuos no fueron incluidos de forma específica en la descripción cualitativa de los residuos generados por el laboratorio
3. ¿Por qué los residuos no se incluyeron en la descripción cualitativa del PGIRASA? Por que no se cuenta con un protocolo tecnico que defina el manejo de residuos líquidos de manera estructurada
4. ¿Por qué no se cuenta con un protocolo tecnico y especifico para residuos líquidos? Por qué no se consideró en la evaluación de peligros y riesgos el manejo a residuos liquidos

	GOBERNACION DEL TOLIMA SECRETARIA DE SALUD LABORATORIO DE SALUD PUBLICA	CODIGO: LSP-FOR-MC-005 VERSION: 04 PAGINA 1 DE 2
	MACROPROCESO: MEJORA CONTINUA ACCIONES CORRECTIVAS	VIGENTE DESDE: 2024-10-15

AREA	ADMINISTRATIVA	**FECHA**	**2025-07-16**	**CONSECUTIVO**	
EVENTO	FISICOQUIMICO Y MICROBIOLOGICO DE AGUAS	**RESPONSABLE**	Axel Lombardo Ramirez Rivera		
DECISION OPORTUNA TOMADA	Ninguna				
ACCIÓN:	CORRECTIVA	**FUENTE DE LA DETECCION**	**AUDITORIA**	**SI ES OTRO, CUAL?**	No aplica

DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO

6.18 La entidad Territorial de Salud presenta un bajo cumplimiento en la notificación oportuna de los datos de vigilancia de la calidad del agua en el sistema SIVICAP

¿SE REQUIERE CORREIÓN?

SI	X	**NO**	

DESCRIPCION DE LA CORRECCION:

Realizar un seguimiento mensual a las muestras de aguas remitidas al laboratorio y cargadas en el SIVICAP.

QUIEN DETECTA EL PROBLEMA		**RESPONSABLE DEL PLAN DE ACCIÓN**	
NOMBRE:	YANELY ANGELICA VALBUENA ARIAS	NOMBRE:	Axel Lombardo Ramirez Rivera
CARGO:	Profesional universitario- INS	CARGO:	Subdirector Laboratorio de Salud Publica

ANÁLISIS DE CAUSAS

1. ¿Por qué hay bajo cumplimiento en la notificación oportuna?
Porque los datos de vigilancia no se están cargando al sistema SIVICAP en los tiempos establecidos.

	GOBERNACION DEL TOLIMA SECRETARIA DE SALUD LABORATORIO DE SALUD PUBLICA	CODIGO: LSP-FOR-MC-005 VERSION: 04 PAGINA 1 DE 2
	MACROPROCESO: MEJORA CONTINUA ACCIONES CORRECTIVAS	VIGENTE DESDE: 2024-10-15

AREA	PGIRASA	**FECHA**	**2025-07-16**	**CONSECUTIVO**	
EVENTO	RUTA SANITARIA	**RESPONSABLE**	**DIEGO FERNANDO BARRAGAN**		
DECISION OPORTUNA TOMADA	Ninguna				
ACCIÓN:	CORRECTIVA	**FUENTE DE LA DETECCION**	**AUDITORIA**	**SI ES OTRO, CUAL?**	**N/A**

DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO

5.12. El laboratorio no garantiza el adecuado etiquetado e identificación de residuos, lo que afecta la correcta clasificación y manejo conforme a los lineamientos de bioseguridad.

¿SE REQUIERE CORRECIÓN?

SI	**X**	**NO**	

DESCRIPCION DE LA CORRECCION:

Se realiza una jornada de capacitación inmediata al personal del laboratorio sobre los lineamientos institucionales y normativos para la correcta clasificación, etiquetado e identificación de residuos, abordando los tipos de residuos (biológicos, químicos, cortopunzantes, comunes, etc.), los colores, símbolos requeridos y su disposición final. Adicionalmente se realiza la verificacion y correccion del etiquetado de todos los residuos

QUIEN DETECTA EL PROBLEMA		**RESPONSABLE DEL PLAN DE ACCIÓN**	
NOMBRE:	YANELY ANGELICA VALBUENA ARIAS	NOMBRE:	DIEGO FERNANDO BARRAGAN
CARGO:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO INS	CARGO:	AUXILIAR ADMINISTRATIVO

ANÁLISIS DE CAUSAS

1. ¿Por qué no se garantiza el adecuado etiquetado e identificación de residuos?
Porque el personal no aplica correctamente los lineamientos de PGIRASA para el etiquetado y clasificación de residuos.

2. ¿Por qué el personal no aplica correctamente los lineamientos?
Porque no se ha realizado un proceso de supervisión que verifique la adherencia al procedimiento de identificacion y etiquetado.

3. ¿Por qué no se ha realizado supervisión?
Porque no se ha establecido un mecanismo formal y regular de seguimiento y verificación del cumplimiento del procedimiento en esta etapa especifica del manejo de residuos.

	GOBERNACION DEL TOLIMA SECRETARIA DE SALUD LABORATORIO DE SALUD PUBLICA	CODIGO: LSP-FOR-MC-005 VERSION: 04 PAGINA 1 DE 2
	MACROPROCESO: MEJORA CONTINUA ACCIONES CORRECTIVAS	VIGENTE DESDE: 2024-10-15

AREA	PGIRASA	**FECHA**	**2025-07-16**	**CONSECUTIVO**	
EVENTO	ACOPIO DE RESIDUOS	**RESPONSABLE**	**AXEL RAMIREZ**		
DECISION OPORTUNA TOMADA	Niguna				
ACCIÓN:	CORRECTIVA	**FUENTE DE LA DETECCION**	**AUDITORIA**	**SI ES OTRO, CUAL?**	**NA**

DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO

5.11. EL cuarto central de acopio de residuos no cuenta con una bascula ni con un refrigerador para el almacenamiento temporal de residuos anatomo-patologicos, lo que limita el cumplimiento de la normatividad vigente.

¿SE REQUIERE CORRECIÓN?

SI	**x**	**NO**	

DESCRIPCION DE LA CORRECCION:

Adquirir e instalar una báscula calibrada para el pesaje de residuos peligrosos y un congelador o refrigerador especializado para el almacenamiento temporal de residuos anatomo-patológicos.

QUIEN DETECTA EL PROBLEMA		**RESPONSABLE DEL PLAN DE ACCIÓN**	
NOMBRE:	YANELY ANGELICA VALBUENA ARIAS	NOMBRE:	AXEL RAMIREZ
CARGO:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	CARGO:	SUBDIRECTOR LSP

ANÁLISIS DE CAUSAS

1. ¿Por qué no se cuenta con refrigerador para el almacenamiento temporal de residuos anatomo-patológicos?
Por que no se incluyo como una prioridad del laboratorio dentro del sistema de gestion para el manejo de residuos.
2. ¿Por qué el refrigerador no fue considerado una prioridad para el manejo de residuos peligrosos?
Porque en la evaluación de riesgos del laboratorio no se contemplo la posibilidad de que se presentara un evento que implicara la generacion o recepcion de este tipo de residuos.
3. ¿Por qué no se consideró el evento de almacenar residuos anatomopatológicos?
Porque historicamente no se había presentado un caso de recepcion erronea de residuos anatomapatologicos, por lo que no se identifico como una situacion posible.
4. ¿Por qué no se cuenta con una bascula para el pesaje de residuos peligrosos?
Por qué la báscula existente se averió.
5. ¿Por qué se averió la báscula?

	GOBERNACION DEL TOLIMA SECRETARIA DE SALUD LABORATORIO DE SALUD PUBLICA	CODIGO: LSP-FOR-MC-005 VERSION: 04 PAGINA 1 DE 2
	MACROPROCESO: MEJORA CONTINUA ACCIONES CORRECTIVAS	VIGENTE DESDE: 2024-10-15

AREA	PGIRASA	**FECHA**	**2025-07-16**	**CONSECUTIVO**	
EVENTO	RUTA SANITARIA	**RESPONSABLE**	**DIEGO BARRAGAN**		
DECISION OPORTUNA TOMADA	Ninguna				
ACCIÓN:	CORRECTIVA	**FUENTE DE LA DETECCION**	**AUDITORIA**	**SI ES OTRO, CUAL?**	**NA**

DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO

5.9. EL LABORATORIO NO REALIZA EL PRETRATAMIENTO IN SITU DE LOS RESIDUOS ANTES DE SU ALMACENAMIENTO O DISPOSICION FINAL

¿SE REQUIERE CORRECIÓN?

SI	x	**NO**	

DESCRIPCION DE LA CORRECCION:

Realizar el pre-tratamiento in situ de los residuos peligrosos generados en el laboratorio, de acuerdo con su clasificación (químicos, biológicos, reactivos). Ademas, capacitar al personal técnico en el manejo seguro y el pretratamiento adecuado de residuos peligrosos, según el tipo de residuo y los protocolos establecidos por el laboratorio y la normativa ambiental.

QUIEN DETECTA EL PROBLEMA		**RESPONSABLE DEL PLAN DE ACCIÓN**	
NOMBRE:	YANELY ANGELICA VALBUENA ARIAS	NOMBRE:	DIEGO BARRAGAN
CARGO:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	CARGO:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO

ANÁLISIS DE CAUSAS

1. ¿Por qué no se realizó el pretratamiento in situ de los residuos? El tratamiento in situ de los residuos no se realizó porque no se llevó a cabo el procedimiento interno de desactivación de residuos estipulado en el PGIRASA del LSP.
2. ¿Por qué no se llevo a cabo dicho ? No se llevo a cabo el procedimiento interno de desactivación por falta de claridad operativa de como aplicar correctamente el procedimeintp de desactivacion de residuos.
3. ¿Por qué no hay claridad en la aplicación del procedimiento de desactivación de residuos? No hay claridad en el procedimiento por que el personal olvido parte de los contenidos abordados de las capacitaciones brindadas.
4. ¿Por qué se olvidaron las capacitaciones brindadas? Porque no se realizaron evaluaciones ni retroalimentaciones posteriores a las capacitaciones, lo que impidió consolidar el

	GOBERNACION DEL TOLIMA SECRETARIA DE SALUD LABORATORIO DE SALUD PUBLICA	CODIGO: LSP-FOR-MC-005 VERSION: 04 PAGINA 1 DE 2
	MACROPROCESO: MEJORA CONTINUA ACCIONES CORRECTIVAS	VIGENTE DESDE: 2024-10-15

AREA	PARASITOLOGIA	**FECHA**	**2025-07-16**	**CONSECUTIVO**	
EVENTO	VEISP	**RESPONSABLE**	**SANDRA TAPIAS**		
DECISION OPORTUNA TOMADA	Ninguna				
ACCIÓN:	CORRECTIVA	**FUENTE DE LA DETECCION**	**AUDITORIA**	**SI ES OTRO, CUAL?**	**N/A**

DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO

El laboratorio no ejecuta de manera adecuada la trazabilidad de las muestras, evidenciando ausencia de codificación interna, datos primarios y uso de formatos institucionales.

¿SE REQUIERE CORRECIÓN?

SI	X	**NO**	

DESCRIPCION DE LA CORRECCION:

Implementar un sistema estandarizado de manejo y preparación del item de ensayo que garantice la trazabilidad completa de las muestras que incluya la asignación de una codificación interna única para cada muestra, el registro completo de los datos primarios desde su recepción hasta su análisis y la utilización obligatoria de los formatos institucionales establecidos.

QUIEN DETECTA EL PROBLEMA		**RESPONSABLE DEL PLAN DE ACCIÓN**	
NOMBRE:	YANELY ANGELICA VALBUENA ARIAS	NOMBRE:	SANDRA TAPIAS
CARGO:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO INS	CARGO:	LIDER DE VEISP

ANÁLISIS DE CAUSAS

1. ¿Por qué se pierde la trazabilidad de la muestra?
Porque la muestra no está correctamente identificada o registrada en todas las etapas del proceso

2. ¿Por qué no está correctamente identificada o registrada?
Porque el marcaje fue incompleto, erróneo o se perdió durante el proceso de preparación o análisis.

3. ¿Por qué el marcaje fue incompleto, erróneo o se perdió?
Porque no existe un procedimiento claro y documentado dentro del sistema de gestion de calidad que defina el manejo y preparación del item de ensayo para garantizar la trazabilidad de las muestras .

	GOBERNACION DEL TOLIMA **SECRETARIA DE SALUD** **LABORATORIO DE SALUD PUBLICA**	**CODIGO: LSP-FOR-MC-005** **VERSION: 04** **PAGINA 1 DE 2**
	MACROPROCESO **MEJORA CONTINUA** **ACCIONES CORRECTIVAS**	**VIGENTE DESDE:** **2024-10-15**

AREA	FQ-AGUAS	**FECHA**	**2025-07-16**	**CONSECUTIVO**	
EVENTO	FISICOQUIMICA	**RESPONSABLE**	**EQUIPO DE PROFESIONALES DEL AREA DE FISICOQUIMICO**		
DECISION OPORTUNA TOMADA	Ninguna				
ACCIÓN:	CORRECTIVA	**FUENTE DE LA DETECCION**	**AUDITORIA**	**SI ES OTRO, CUAL?**	**NA**

DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO

3.10. NO SE HA IMPLEMENTADO EL SISTEMA GLOBALMENTE ARMONIZADO SGA PARA EL ALMACENAMIENTO DE SUSTANCIAS QUIMICAS AL NO CONSIDERARSE LA MATRIZ DE INCOMPATIBILIDAD SEGÚN LOS PICTOGRAMAS DE PELIGRO LO QUE REPRESENTA UNA DESVIACION NORMATIVA Y UN RIESGO POTENCIAL EN SU GESTION

¿SE REQUIERE CORRECIÓN?

SI	**x**	**NO**	

DESCRIPCION DE LA CORRECCION:

Elaborar la matriz de incompatibilidad y almacenar correctamente los reactivos.

QUIEN DETECTA EL PROBLEMA		**RESPONSABLE DEL PLAN DE ACCIÓN**	
NOMBRE:	YANELY ANGELICA VALBUENA ARIAS	NOMBRE:	EQUIPO DE PROFESIONALES DEL AREA DE FISICOQUIMICO
CARGO:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	CARGO:	CONTRATISTAS

ANÁLISIS DE CAUSAS

1.¿Por qué no se consideró la matriz de incompatibilidad para el almacenamiento de sustancias químicas?
Porque no se ha implementado adecuadamente el Sistema Globalmente Armonizado (SGA) que establece la clasificación, etiquetado y comunicación de peligros, incluyendo los pictogramas que permiten identificar incompatibilidades.
2. ¿Por qué no se ha implementado adecuadamente el Sistema Globalmente Armonizado SGA?
Porque no se ha desarrollado un plan formal y documentado para su adopción del Sistema Globalmente Armonizado SGA en el LSP
3. ¿Por qué no se ha desarrollado un plan formal de adopción del SGA?
Porque el procedimiento no ha sido actualizado para incorporar la totalidad de requisitos del SGA
4. ¿Por que no se ha actualizado el procedimiento del SGA?
Por que no existe un sistema formal de revision periodica de procedimientos de seguridad quimica

	GOBERNACION DEL TOLIMA **SECRETARIA DE SALUD** **LABORATORIO DE SALUD PUBLICA**	**CODIGO: LSP-FOR-MC-005** **VERSION: 04** **PAGINA 1 DE 2**
	MACROPROCESO **MEJORA CONTINUA** **ACCIONES CORRECTIVAS**	**VIGENTE DESDE:** **2024-10-15**

AREA		**FECHA**	**2025-07-16**	**CONSECUTIVO**	
EVENTO	DENGUE, LEPTOSPIRA, TSH NEONATAL Y CHAGAS	**RESPONSABLE**	Axel Lombardo Ramirez Rivera		
DECISION OPORTUNA TOMADA	Ninguna				
ACCIÓN:	CORRECTIVA	**FUENTE DE LA DETECCION**	**AUDITORIA**	**SI ES OTRO, CUAL?**	No aplica

DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO

1,17 El equipo lector de ELISA, utilizado en pruebas criticas como Dengue, Leptospira, TSH Neonatal y Chagas, no cuenta con trazabilidad metrologica (Calibración). Tras reparaciones realizadas en febrero de 2025, no se dejo envidencia de verificacion funcional ni revision de filtros, lo que compromete la confiabilidad de los resultados emitidos.

¿SE REQUIERE CORRECIÓN?

SI	**X**	**NO**	

DESCRIPCION DE LA CORRECCION:

Contactar a la empresa proveedora del equipo lector de ELISA con el fin de gestionar la calibración del lector a través de un laboratorio de calibración acreditado por el ONAC, garantizando la trazabilidad metrológica requerida para los equipos utilizados en pruebas críticas.

QUIEN DETECTA EL PROBLEMA		**RESPONSABLE DEL PLAN DE ACCIÓN**	
NOMBRE:	YANELY ANGELICA VALBUENA ARIAS	NOMBRE:	Axel Lombardo Ramirez Rivera
CARGO:	Profesional universitario- INS	CARGO:	Subdirector Laboratorio de Salud Publica

ANÁLISIS DE CAUSAS

1. ¿Por qué el equipo no tiene calibración vigente?
Porque no se solicitó su calibración al proveedor de apoyo tecnológico luego de la reparacion efectuada en febrero del 2025

2. ¿Por qué no se gestionó la calibración después de la reparación?

2. Apoyar la capacitación de y/o asesoría a los funcionarios del LSP en el Sistema de Gestión de Calidad con los documentos que estén vigentes para consolidar el sistema institucional y los informes mensuales sobre el funcionamiento del Sistema de Gestión de Calidad del Laboratorio de Salud Pública del Tolima.

Se brindó apoyo efectivo en la planeacion del los procesos de capacitación y asesoría a los funcionarios del Laboratorio de Salud Pública del Tolima en el Sistema de Gestión de Calidad, utilizando los documentos vigentes como base para fortalecer el conocimiento institucional y asegurar la correcta implementación de los procedimientos

LSP-FOR-CA-005 PLAN ANUAL DE CAPACITACIONES 2025 v3

CAPACITACION				CONVOCATORIA						
NUMERO	TEMA DE CAPACITACION	OBJETIVO DE LA CAPACITACION	SOLICITANTE	PERSONAL CONVOCADO	LUGAR Y FORMA	FECHA PROGRAMADA (aaaa/mes/dia)	ASISTENTES REGISTRADOS	indicador de asistencia	DURACION (Horas)	ENTIDAD O CAPACITADOR
50	Fundamentos de la ISO/IEC 17025	socializar los fundamentos de la ISO/IEC 17025	Subdirector Laboratorio	Todo el personal	Auditorio LSP Presencial	2025-07-25		0%	2	OSCAR DELGADO
51	Fundamentos de la ISO/IEC 17025	socializar los fundamentos de la ISO/IEC 17025	Subdirector Laboratorio	Todo el personal	Auditorio LSP Presencial	2025-07-31		0%	2	OSCAR DELGADO
53	Fundamentos de la ISO/IEC 17025	socializar los fundamentos de la ISO/IEC 17025	Subdirector Laboratorio	Todo el personal	Auditorio LSP Presencial	2025-08-06		0%	2	OSCAR DELGADO
54	Aseguramiento metrológico de balanzas	socializar lineamientos de aseguramiento metrologico de balanzas	Subdirector Laboratorio	Todo el personal	Auditorio LSP Presencial	2025-08-11		0%	2	OSCAR DELGADO

NUMERO	TEMA DE CAPACITACION	OBJETIVO DE LA CAPACITACION	SOLICITANTE	PERSONAL CONVOCADO	LUGAR Y FORMA	FECHA PROGRAMADA (aaaa/mes/dia)	ASISTENTES REGISTRADOS	indicador de asistencia	DURACION (Horas)	ENTIDAD O CAPACITADOR
53	Fundamentos de la ISO/IEC 17025	socializar los fundamentos de la ISO/IEC 17025	Subdirector Laboratorio	Todo el personal	Auditorio LSP Presencial	2025-08-06		0%	2	OSCAR DELGADO
54	Aseguramiento metrológico de balanzas	socializar lineamientos de aseguramiento metrologico de balanzas	Subdirector Laboratorio	Todo el personal	Auditorio LSP Presencial	2025-08-11		0%	2	OSCAR DELGADO
55	Gestion de riesgos	socializar gestion de riesgos	Subdirector Laboratorio	Todo el personal	VIRTUAL	2025-08-14		0%	2	OSCAR DELGADO
56	Intervalos de calibración	socializar los intervalos de calibracion	Subdirector Laboratorio	Todo el personal	VIRTUAL	2025-08-28		0%	2	OSCAR DELGADO

3. Apoyar la revision tecnica de metodos, cartas control, cumplimiento de trazabilidad metrologica, diseño de protocolos de los ensayos a acreditar y la construccion de informes

Se apoyó de manera efectiva la revisión técnica de métodos analíticos, cartas de control y el cumplimiento de la trazabilidad metrológica, asegurando la confiabilidad y validez de los resultados emitidos por el Laboratorio de Salud Pública del Tolima. Asimismo, se participó en el diseño de protocolos para los ensayos a acreditar, garantizando su alineación con los requisitos de la norma ISO/IEC 17025, y en la construcción de informes técnicos que respaldan la competencia del laboratorio ante procesos de evaluación interna y externa.

Verificacion metodo sultafos en agua HACH

	GOBERNACIÓN DEL TOLIMA SECRETARIA DE SALUD LABORATORIO DE SALUD PUBLICA	Código: LSP-FOR-IV-246
		Versión: 01
	MACROPROCESO: INSPECCION VIGILANCIA Y CONTROL	Página 1 de 8
	PLAN DE VALIDACIÓN/VERIFICACIÓN	Vigente desde: 2022-04-04

Verificación del método Sulfatos en agua HACH 10248 SulfaVer3, adaptado de la guía Standard Methods 4500-SO_4^{-2}

1. **Objetivo de la validación/verificación.**

Este plan de verificación describe el procedimiento y los aspectos a evaluar durante la verificación del método HACH 10248 SulfaVer3, adaptado de la guía Standard Methods 4500-SO_4^{-2}, última versión vigente, el cual consiste en la determinación de sulfatos por el método espectrofotométrico UV.
El método está destinado a ser utilizado como prueba para la determinación del contenido de sulfatos en agua expresado como mg de SO_4/L.

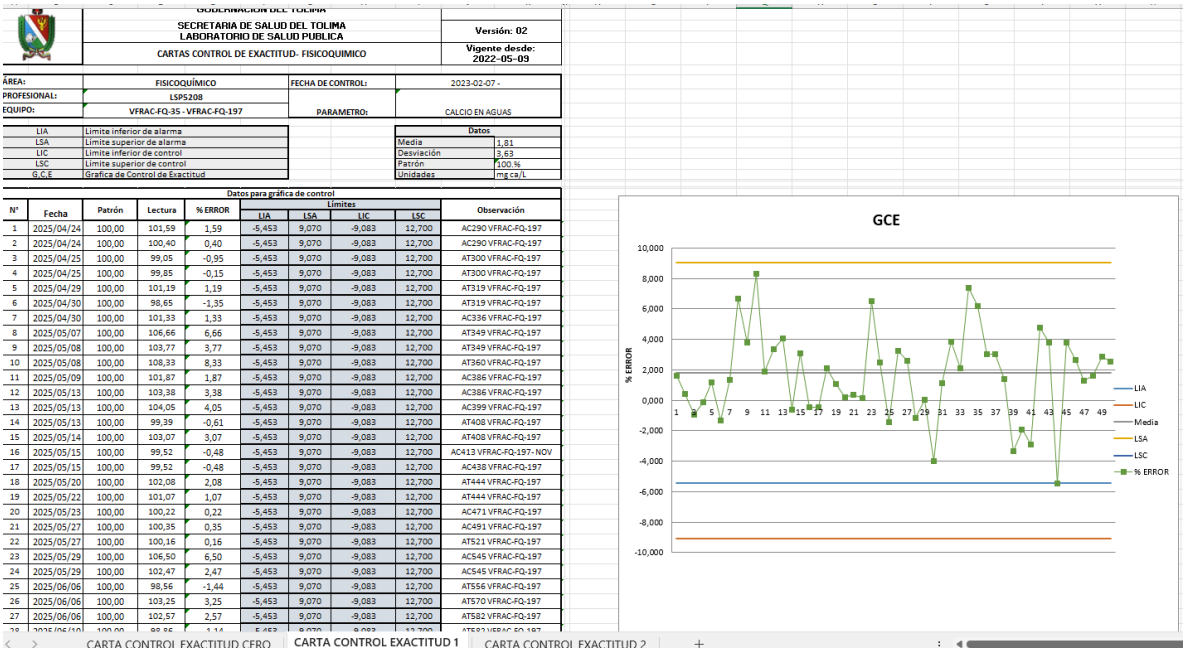
1.1 Criterios de aceptación.

En la siguiente tabla se ofrece una visión general de los parámetros que se deben evaluar durante esta verificación y los correspondientes criterios de aceptación que deben cumplirse.

Parámetro	Criterios de aceptación	Detalles en la sección
LOQ	Er ≤ 10% y RSD ≤ 10%	7.1
Veracidad	E_r ≤ 10%	7.2
Repetibilidad	RSD ≤ 10%	7.3
Precisión intermedia	RSD ≤ 10% P valor ≥ 0.05 al 95% de nivel de confianza	7.4
Linealidad	R^2 ≥ 0.90 Coeficiente de correlación de Pearson (r) ≥ 0.995 Pendiente ≥ 0 al 95% de confianza. Intercepto = 0 al 95% de confianza.	7.5

La ejecución del método se describe en su procedimiento y no se detallará en este plan. Todo el equipo utilizado tiene su respectivo mantenimiento y calibración (véase Hoja de vida de equipos). El personal que participa en esta verificación está formado y autorizado para desarrollar la metodología y su verificación.

LSP-FOR-IV- 229 CARTAS CONTROL DE EXACTITUD FISICOQUIMICO CALCIO RECUPERACIÓN



	SECRETARIA DE SALUD DEL TOLIMA LABORATORIO DE SALUD PUBLICA	Versión: 02	
	CARTAS CONTROL DE EXACTITUD- FISICOQUIMICO	Vigente desde: 2022-05-09	

ÁREA:	FISICOQUÍMICO	FECHA DE CONTROL:	2023-02-07 -
PROFESIONAL:	LSP5208		
EQUIPO:	VFRAC-FQ-35 - VFRAC-FQ-197	PARAMETRO:	CALCIO EN AGUAS

LIA	Límite inferior de alarma
LSA	Límite superior de alarma
LIC	Límite inferior de control
LSC	Límite superior de control
G.C.E	Grafica de Control de Exactitud

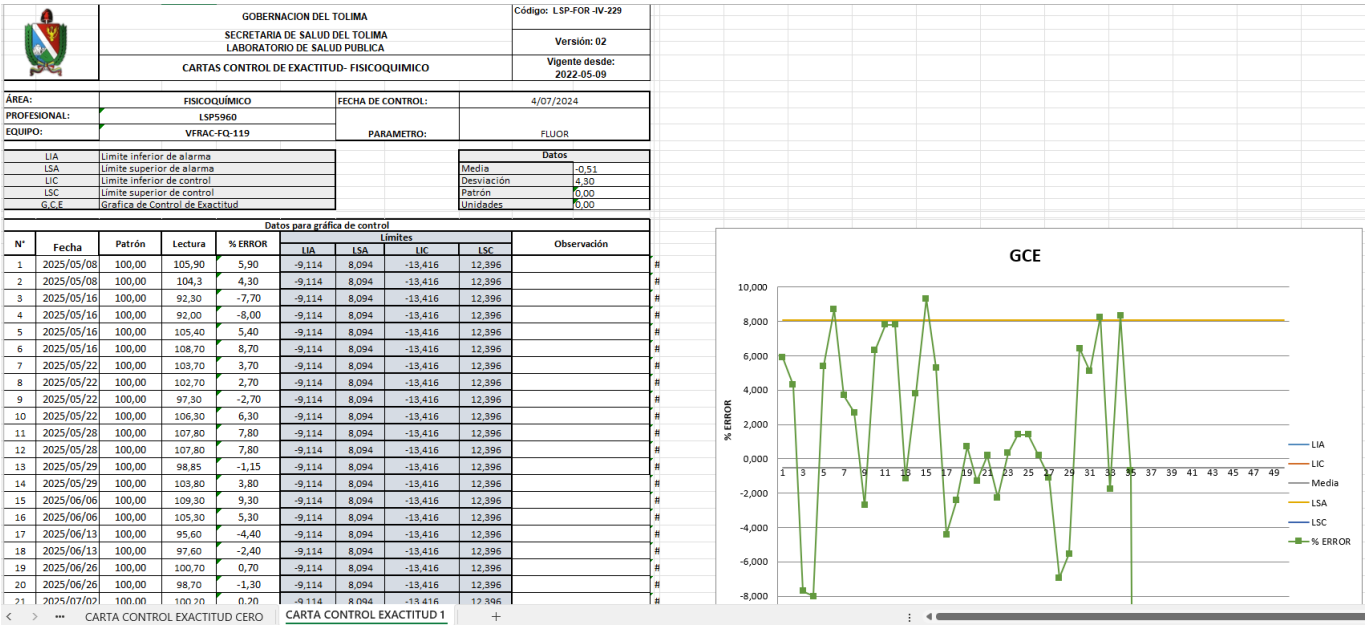
Datos	
Media	1,81
Desviación	3,63
Patrón	100 %
Unidades	mg ca/L

Datos para gráfica de control

N°	Fecha	Patrón	Lectura	% ERROR	Límites LIA	LSA	LIC	LSC	Observación
1	2025/04/24	100,00	101,59	1,59	-5,453	9,070	-9,083	12,700	AC290 VFRAC-FQ-197
2	2025/04/24	100,00	100,40	0,40	-5,453	9,070	-9,083	12,700	AC290 VFRAC-FQ-197
3	2025/04/25	100,00	99,05	-0,95	-5,453	9,070	-9,083	12,700	AT300 VFRAC-FQ-197
4	2025/04/25	100,00	99,85	-0,15	-5,453	9,070	-9,083	12,700	AT300 VFRAC-FQ-197
5	2025/04/29	100,00	101,19	1,19	-5,453	9,070	-9,083	12,700	AT319 VFRAC-FQ-197
6	2025/04/30	100,00	98,65	-1,35	-5,453	9,070	-9,083	12,700	AT319 VFRAC-FQ-197
7	2025/04/30	100,00	101,33	1,33	-5,453	9,070	-9,083	12,700	AC336 VFRAC-FQ-197
8	2025/05/07	100,00	106,66	6,66	-5,453	9,070	-9,083	12,700	AT349 VFRAC-FQ-197
9	2025/05/08	100,00	103,77	3,77	-5,453	9,070	-9,083	12,700	AT349 VFRAC-FQ-197
10	2025/05/08	100,00	108,33	8,33	-5,453	9,070	-9,083	12,700	AT360 VFRAC-FQ-197
11	2025/05/09	100,00	101,87	1,87	-5,453	9,070	-9,083	12,700	AC386 VFRAC-FQ-197
12	2025/05/13	100,00	103,38	3,38	-5,453	9,070	-9,083	12,700	AC386 VFRAC-FQ-197
13	2025/05/13	100,00	104,05	4,05	-5,453	9,070	-9,083	12,700	AC399 VFRAC-FQ-197
14	2025/05/13	100,00	99,39	-0,61	-5,453	9,070	-9,083	12,700	AT408 VFRAC-FQ-197
15	2025/05/14	100,00	103,07	3,07	-5,453	9,070	-9,083	12,700	AT408 VFRAC-FQ-197
16	2025/05/15	100,00	99,52	-0,48	-5,453	9,070	-9,083	12,700	AC413 VFRAC-FQ-197- NOV
17	2025/05/15	100,00	99,52	-0,48	-5,453	9,070	-9,083	12,700	AC438 VFRAC-FQ-197
18	2025/05/20	100,00	102,08	2,08	-5,453	9,070	-9,083	12,700	AT444 VFRAC-FQ-197
19	2025/05/22	100,00	101,07	1,07	-5,453	9,070	-9,083	12,700	AT444 VFRAC-FQ-197
20	2025/05/23	100,00	100,22	0,22	-5,453	9,070	-9,083	12,700	AC471 VFRAC-FQ-197
21	2025/05/27	100,00	100,35	0,35	-5,453	9,070	-9,083	12,700	AC491 VFRAC-FQ-197
22	2025/05/27	100,00	100,16	0,16	-5,453	9,070	-9,083	12,700	AT521 VFRAC-FQ-197
23	2025/05/29	100,00	106,50	6,50	-5,453	9,070	-9,083	12,700	AC545 VFRAC-FQ-197
24	2025/05/29	100,00	102,47	2,47	-5,453	9,070	-9,083	12,700	AC545 VFRAC-FQ-197
25	2025/06/06	100,00	98,56	-1,44	-5,453	9,070	-9,083	12,700	AT556 VFRAC-FQ-197
26	2025/06/06	100,00	103,25	3,25	-5,453	9,070	-9,083	12,700	AT570 VFRAC-FQ-197
27	2025/06/06	100,00	102,57	2,57	-5,453	9,070	-9,083	12,700	AT582 VFRAC-FQ-197

CARTA CONTROL EXACTITUD CERO | CARTA CONTROL EXACTITUD 1 | CARTA CONTROL EXACTITUD 2

LSP-FOR-IV- 229 CARTAS CONTROL DE EXACTITUD FISICOQUIMICO FLUOR RECUPERACIÓN



	GOBERNACION DEL TOLIMA SECRETARIA DE SALUD DEL TOLIMA LABORATORIO DE SALUD PUBLICA	Código: LSP-FOR -IV-229 Versión: 02	
	CARTAS CONTROL DE EXACTITUD- FISICOQUIMICO	Vigente desde: 2022-05-09	

ÁREA:	FISICOQUÍMICO	FECHA DE CONTROL:	4/07/2024
PROFESIONAL:	LSP5960		
EQUIPO:	VFRAC-FQ-119	PARAMETRO:	FLUOR

LIA	Límite inferior de alarma
LSA	Límite superior de alarma
LIC	Límite inferior de control
LSC	Límite superior de control
G.C.E	Grafica de Control de Exactitud

Datos	
Media	-0,51
Desviación	4,30
Patrón	0,00
Unidades	0,00

Datos para gráfica de control

N°	Fecha	Patrón	Lectura	% ERROR	Límites LIA	LSA	LIC	LSC	Observación
1	2025/05/08	100,00	105,90	5,90	-9,114	8,094	-13,416	12,396	#
2	2025/05/08	100,00	104,3	4,30	-9,114	8,094	-13,416	12,396	#
3	2025/05/16	100,00	92,30	-7,70	-9,114	8,094	-13,416	12,396	#
4	2025/05/16	100,00	92,00	-8,00	-9,114	8,094	-13,416	12,396	#
5	2025/05/16	100,00	105,40	5,40	-9,114	8,094	-13,416	12,396	#
6	2025/05/16	100,00	108,70	8,70	-9,114	8,094	-13,416	12,396	#
7	2025/05/22	100,00	103,70	3,70	-9,114	8,094	-13,416	12,396	#
8	2025/05/22	100,00	102,70	2,70	-9,114	8,094	-13,416	12,396	#
9	2025/05/22	100,00	97,30	-2,70	-9,114	8,094	-13,416	12,396	#
10	2025/05/22	100,00	106,30	6,30	-9,114	8,094	-13,416	12,396	#
11	2025/05/28	100,00	107,80	7,80	-9,114	8,094	-13,416	12,396	#
12	2025/05/28	100,00	107,80	7,80	-9,114	8,094	-13,416	12,396	#
13	2025/05/29	100,00	98,85	-1,15	-9,114	8,094	-13,416	12,396	#
14	2025/05/29	100,00	103,80	3,80	-9,114	8,094	-13,416	12,396	#
15	2025/06/06	100,00	109,30	9,30	-9,114	8,094	-13,416	12,396	#
16	2025/06/06	100,00	105,30	5,30	-9,114	8,094	-13,416	12,396	#
17	2025/06/13	100,00	95,60	-4,40	-9,114	8,094	-13,416	12,396	#
18	2025/06/13	100,00	97,60	-2,40	-9,114	8,094	-13,416	12,396	#
19	2025/06/26	100,00	100,70	0,70	-9,114	8,094	-13,416	12,396	#
20	2025/06/26	100,00	98,70	-1,30	-9,114	8,094	-13,416	12,396	#
21	2025/07/02	100,00	100,20	0,20	-9,114	8,094	-13,416	12,396	#

CARTA CONTROL EXACTITUD CERO | CARTA CONTROL EXACTITUD 1

LSP-FOR-IV- 229 CARTAS CONTROL DE EXACTITUD FISICOQUIMICO NITRATOS RECUPERACIÓN

	GOBERNACION DEL TOLIMA SECRETARIA DE SALUD DEL TOLIMA LABORATORIO DE SALUD PUBLICA CARTAS CONTROL DE EXACTITUD- FISICOQUIMICO	Código: LSP-FOR -IV-229 Versión: 02 Vigente desde: 2022-05-09

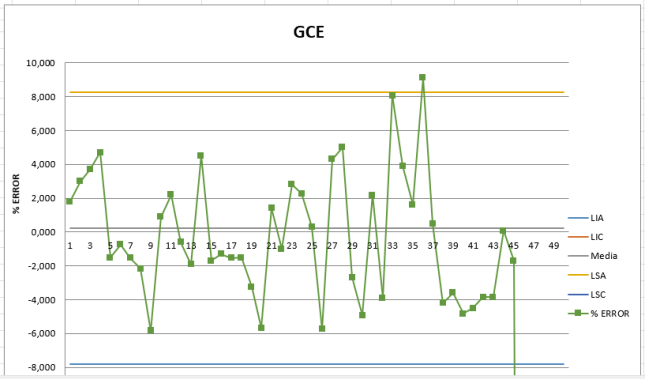
ÁREA:	FISICOQUIMICO	FECHA DE CONTROL:	2024-01-22 A2024-06-20
PROFESIONAL:	LSP 5960		
EQUIPO:	VFRAC-FQ-87471	PARAMETRO:	NITRATOS

LIA	Limite inferior de alarma
LSA	Limite superior de alarma
LIC	Limite inferior de control
LSC	Limite superior de control
G,C,E	Grafica de Control de Exactitud

Datos	
Media	0,22
Desviación	4,01
Patrón	
Unidades	mg NO3/L

Datos para gráfica de control

N°	Fecha	Patrón	Lectura	% ERROR	Límites LIA	LSA	LIC	LSC	Observación
1	2025/06/05	100,00	101,80	1,80	-7,812	8,242	-11,826	12,256	#
2	2025/06/05	100,00	103,00	3,00	-7,812	8,242	-11,826	12,256	#
3	2025/06/06	100,00	103,70	3,70	-7,812	8,242	-11,826	12,256	#
4	2025/06/06	100,00	104,70	4,70	-7,812	8,242	-11,826	12,256	#
5	2025/06/11	100,00	98,49	-1,51	-7,812	8,242	-11,826	12,256	#
6	2025/06/11	100,00	99,25	-0,75	-7,812	8,242	-11,826	12,256	#
7	2025/06/12	100,00	98,47	-1,53	-7,812	8,242	-11,826	12,256	#
8	2025/06/12	100,00	97,84	-2,16	-7,812	8,242	-11,826	12,256	#
9	2025/06/12	100,00	94,17	-5,83	-7,812	8,242	-11,826	12,256	#
10	2025/06/12	100,00	100,88	0,88	-7,812	8,242	-11,826	12,256	#
11	2025/06/26	100,00	102,20	2,20	-7,812	8,242	-11,826	12,256	#
12	2025/06/26	100,00	99,40	-0,60	-7,812	8,242	-11,826	12,256	#
13	2025/06/26	100,00	98,10	-1,90	-7,812	8,242	-11,826	12,256	#
14	2025/06/26	100,00	104,50	4,50	-7,812	8,242	-11,826	12,256	#
15	2025/07/02	100,00	98,30	-1,70	-7,812	8,242	-11,826	12,256	#
16	2025/07/02	100,00	98,70	-1,30	-7,812	8,242	-11,826	12,256	#
17	2025/07/03	100,00	98,46	-1,54	-7,812	8,242	-11,826	12,256	#
18	2025/07/03	100,00	98,49	-1,51	-7,812	8,242	-11,826	12,256	#
19	2025/07/03	100,00	96,76	-3,24	-7,812	8,242	-11,826	12,256	#
20	2025/07/03	100,00	94,34	-5,66	-7,812	8,242	-11,826	12,256	#
21	2025/07/09	100,00	101,40	1,40	-7,812	8,242	-11,826	12,256	#



CARTA CONTROL EXACTITUD 1 | CARTA CONTROL EXACTITUD 2

LSP-FOR-IV- 229 CARTAS CONTROL DE EXACTITUD FISICOQUIMICO NITRITOS RECUPERACIÓN

	GOBERNACION DEL TOLIMA SECRETARIA DE SALUD DEL TOLIMA LABORATORIO DE SALUD PUBLICA CARTAS CONTROL DE EXACTITUD- FISICOQUIMICO	Código: LSP-FOR -IV-229 Versión: 02 Vigente desde: 2022-05-09

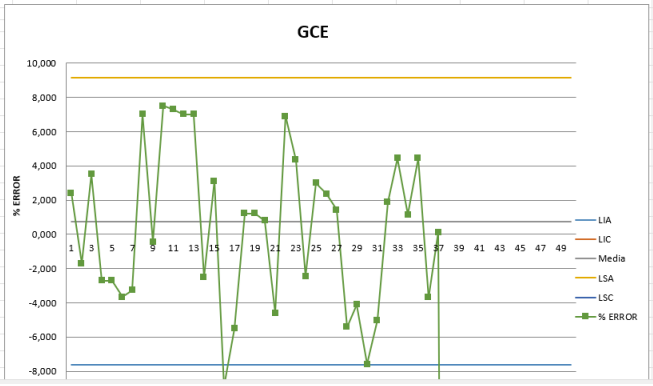
ÁREA:	FISICOQUÍMICO	FECHA DE CONTROL:	2024-01-22 A2024-06-20
PROFESIONAL:	LSP5960		
EQUIPO:	VFRAC-FQ-87471	PARAMETRO:	NITRITOS

LIA	Limite inferior de alarma
LSA	Limite superior de alarma
LIC	Limite inferior de control
LSC	Limite superior de control
G,C,E	Grafica de Control de Exactitud

Datos	
Media	0,75
Desviación	4,19
Patrón	0,00
Unidades	0,00

Datos para gráfica de control

N°	Fecha	Patrón	Lectura	% ERROR	Límites LIA	LSA	LIC	LSC	Observación
1	2025/06/05	100,00	102,40	2,40	-7,630	9,133	-11,820	13,324	#
2	2025/06/06	100,00	98,30	-1,70	-7,630	9,133	-11,820	13,324	#
3	2025/06/06	100,00	103,50	3,50	-7,630	9,133	-11,820	13,324	#
4	2025/06/11	100,00	97,29	-2,71	-7,630	9,133	-11,820	13,324	#
5	2025/06/11	100,00	97,29	-2,71	-7,630	9,133	-11,820	13,324	#
6	2025/06/12	100,00	96,33	-3,67	-7,630	9,133	-11,820	13,324	#
7	2025/06/12	100,00	96,74	-3,26	-7,630	9,133	-11,820	13,324	#
8	2025/06/12	100,00	107,00	7,00	-7,630	9,133	-11,820	13,324	#
9	2025/06/12	100,00	99,55	-0,45	-7,630	9,133	-11,820	13,324	#
10	2025/06/26	100,00	107,50	7,50	-7,630	9,133	-11,820	13,324	#
11	2025/06/26	100,00	107,30	7,30	-7,630	9,133	-11,820	13,324	#
12	2025/06/26	100,00	107,00	7,00	-7,630	9,133	-11,820	13,324	#
13	2025/06/26	100,00	107,00	7,00	-7,630	9,133	-11,820	13,324	#
14	2025/07/03	100,00	97,50	-2,50	-7,630	9,133	-11,820	13,324	#
15	2025/07/03	100,00	103,10	3,10	-7,630	9,133	-11,820	13,324	#
16	2025/07/03	100,00	91,10	-8,90	-7,630	9,133	-11,820	13,324	#
17	2025/07/03	100,00	94,49	-5,51	-7,630	9,133	-11,820	13,324	#
18	2025/07/09	100,00	101,22	1,22	-7,630	9,133	-11,820	13,324	#
19	2025/07/09	100,00	101,22	1,22	-7,630	9,133	-11,820	13,324	#
20	2025/07/10	100,00	100,80	0,80	-7,630	9,133	-11,820	13,324	#
21	2025/07/10	100,00	95,40	-4,60	-7,630	9,133	-11,820	13,324	#



4. Acompañar al equipo del Laboratorio en las auditorias de evaluacion que se realicen basadas en la Norma ISO/IEC 17025

HERRAMIENTA DE VERIFICACIÓN DE ESTÁNDARES DE CALIDAD EN SALUD PÚBLICA
LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA

DATOS DE LA VISITA DE VERIFICACION DE ESTANDARES	
Fechas de la visita (aaaa-mm-dd)	2025-06-17 al 20
DATOS DE LA INSTITUCION QUE RECIBE LA VISITA	
Nombre del laboratorio	Laboratorio de Salud Publica del Tolima
Ciudad	Ibagué
Departamento	Tolima
Razón social/NIT	
Dirección	Cra 2A entre calles 33 y 34, Barrio Departamental
Teléfono (s)	3007820841 3164926207
Representante legal (Secretario de Salud Departamental o Distrital/Director)	Ingrid Katherine Rengifo
Nombre del coordinador o director del laboratorio	Axel Lombardo Ramirez Rivera

DATOS DE LA INSTITUCION QUE REALIZA LA VISITA

Nombre	Cargo	Entidad
Maryi Lorena Segura Alba	Funcionario	INS
Jonathan Jose Ramirez Navarro	Contratista	INS
Yanely Angelica Valbuena Arias	Funcionario	INS

HERRAMIENTA DE VERIFICACIÓN DE ESTANDARES DE CALIDAD

1.ORGANIZACIÓN Y GESTION

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

Si el laboratorio cuenta con certificación NTC/ISO 9001 puede colocar cumple en los siguientes ítems: 1.2, 1.3, 1.4, 1.5, 1.6, 1.7, 1.10, 1.13 y 1.14 y si además cuenta con acreditación en ensayos con alcance de la visita de verificación en la norma NTC ISO/IEC 17025 puede colocar cumple en los siguientes ítems: 1.16, 1.17, 1.18, 1.19, 1.20, 1.21 y 1.22.
Adicionalmente los laboratorios con certificación de sistemas de gestión de calidad o acreditación de ensayos obtendrán puntos adicionales al puntaje final obtenido (ver concepto)

COD	TIPO	REQUISITO	MODO DE VERIFICACION	EVALUACIÓN C	EVALUACIÓN NC	EVALUACIÓN NA	OBSERVACIONES	PUNTAJE
1.1	A	El laboratorio cuenta con un sistema de gestión de calidad (SGC) evidenciado en una plataforma documental aprobada e implementada en todos los procesos de gestión y técnicos del laboratorio que dé respuesta a las necesidades del mismo en coherencia con la Resolución 1646:2018 y su anexo técnico o la norma que lo modifique.	Se debe verificar que se encuentre documentado e implementado un sistema de gestión de la calidad (SGC) enfocado a la mejora continua de todos sus procesos.	X			El LSP tiene implementado el SGC en base a la norma NTC-ISO/IEC 17025:2017. Cuentan con el Manual de calidad Código: LSP-MAN-MC-001 aprobado por la gobernación.	3
1.2	A	El laboratorio hace parte del organigrama de la entidad, con los niveles de autoridad e interrelaciones asignadas a cada uno de los integrantes de la estructura funcional.	El Laboratorio debe estar representado en el organigrama de la Dirección Territorial de Salud o de la institución a la que pertenezca. O se evidencia el organigrama en el manual de calidad.	X			La Subdirección del LSP fue creada mediante la ordenanza N. 033 de 2023 estableciendo nivel directivo, estructura y funciones. El organigrama del LSP se encuentra en el Manual de calidad Código: LSP-MAN-MC-001.	3
1.3	A	El laboratorio tiene los procedimientos técnicos, administrativos o de gestión de las pruebas realizadas para la vigilancia de los eventos de interés en salud pública y vigilancia y control sanitario en coherencia con el anexo técnico de la Resolución 1646:2018 o la norma que lo modifique, desde el ingreso de muestras, procesamiento y emisión de resultados, documentados y aprobados.	El laboratorio cuenta con documentos que registran procedimientos técnicos, administrativos o de gestión empleados en cada una de las secciones que lo conforman.	X			El LSP cuenta con una carpeta compartida "Escaneados" en red donde se encuentra SGC; esta es administrada por la persona líder de calidad (Los documentos estan en PDF y los formatos en Excel estan bloqueados).	3
1.4	A	Desde la coordinación o dirección del laboratorio se desarrollan las actividades necesarias para garantizar que la totalidad del recurso humano del laboratorio conoce, comprende e implementa los procesos, programas, procedimientos y documentación del SGC.	Solicitar evidencias de actividades de capacitación y apropiación del conocimiento que ha tenido el personal con respecto al sistema de gestión de la calidad, los documentos del SGC deben estar disponibles para el personal que labora en el laboratorio.	X			EL LSP cuenta con el formato Plan anual de capacitaciones LSP/FOR/CA/005 donde registran y programan las capacitaciones de la vigencia. El LSP realiza socializaciones y capacitaciones de la documentación del SGC evidenciable en los registros de listado de asistencia. Cuentan con plan anual de capacitaciones de acuerdo a las necesidades del personal del LSP y evidencias de apropiación del conocimiento.	3

HERRAMIENTA DE VERIFICACIÓN DE ESTANDARES DE CALIDAD

1.ORGANIZACIÓN Y GESTION

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

1.5	**A**	Desde la dirección o coordinación del laboratorio se garantiza la implementación de información documentada que describa el sistema de gestión de la calidad.	Revisar en el contenido la información documentada que describa como mínimo: Alcance, definición de responsabilidades, política y objetivos de calidad, estructura de la documentación, seguimiento y medición, análisis de datos y control de registros	X			Cuentan con el Manual de calidad Código: LSP-MAN-MC-001 y con evidencias de socialización y apropiación de conocimiento el 18 de octubre de 2024.	3
1.6	**A**	El laboratorio tiene una política de calidad adecuada para el objeto de la entidad, coherente con el plan de desarrollo de la entidad, incluye compromiso de cumplir con los requisitos aplicables y mejora del sistema (eficacia, eficiencia, efectividad), adecuada continuamente y emitida por la alta dirección, debidamente socializada y entendida a todo el personal que lo integra.	El laboratorio debe tener una política de gestión de la calidad emitida por la alta dirección o coordinación del laboratorio que defina aspectos básicos como: apropiada a la organización, mejora continua, cumplimiento de requisitos de los clientes.	X			El LSP cuenta con una política de calidad descrita en el Manual de calidad Código: LSP-MAN-MC-001 y socializada con el manual de calidad el 18 de octubre de 2024.	3
1.7	**A**	El laboratorio tiene definido dentro del sistema de gestión de calidad un procedimiento implementado de auditorías internas y toma de acciones frente a los resultados obtenidos.	El laboratorio debe contar con procedimiento de auditoría y sus respectivos registros como :programa de auditoría, plan de auditoría, Informe de auditoría y los registros de las acciones correctivas con su correspondiente seguimiento.	X			El LSP cuenta con el formato plan de auditoría código LSP-FOR-MC-010 y con el formato programa de auditoria código LSP-FOR-MC-012 En el año 2024 realizaron auditoria internas a las áreas de hemovigilancia el 16 de agosto, parasitología el 8 de julio y dengue 15 de julio.	3
1.8	**B**	El laboratorio realiza control documental del archivo físico y magnético preservado de acuerdo a la normatividad vigente y las tablas de retención documental establecidas y aprobadas en la institución	Los documentos y archivos del laboratorios deben ser preservados según normatividad vigente (Tabla de retención documental). Ley 594 de 2000, acuerdos y circulares vigentes, decreto 1080 de 2015 y resolución 0839 de 2017 según aplique (periodo mínimo de quince (15) años, los primero cinco (5) años se harán en el archivo de gestión y los siguientes diez (10) años en el archivo central.) y las normas que aplique o modifiquen		X		El LSP realizo la gestion administrativa con el area encargada de la gobernacion para la incluision de las TRD, esta solcitud se tuvo en cuenta la normatividad establecida en la Resolución 0839:2017 (Historias clinicas).	0
1.9	**A**	El laboratorio evalúa los resultados de su gestión frente a los objetivos y las responsabilidades según su competencia por medio de Indicadores y toman acciones frente a los resultados obtenidos.	Los indicadores de gestión son la expresión cuantitativa del comportamiento y desempeño de un proceso que se compara con el nivel de referencia e indica si están obteniendo los resultados esperados, de acuerdo a los objetivos misionales Verificar ficha técnica, seguimiento, análisis y acciones de mejora	X			El LSP cuenta con el manual de elaboración y seguimiento a los indicadores de gestión código LSP-MAN-MC-004 Cuentan con cinco indicadores registrados en tablero indicadores LSP código LSP-FOR-MC- 022. Se recomienda el análisis de los indicadores de forma mensual incluyendo el primer trimestre del año donde no cuentan con personal, y de acuerdo con los resultados realizar acciones de mejora.	3

HERRAMIENTA DE VERIFICACIÓN DE ESTANDARES DE CALIDAD

1.ORGANIZACIÓN Y GESTION

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

1.10	**B**	El laboratorio Implementa y desarrolla una política del Gestión del Riesgo para el adecuado tratamiento de riesgos que garantizan el cumplimiento de su misión y objetivos dentro de la organización.	Se debe verificar que el laboratorio tiene identificados, clasificados, y actualizados los posibles riesgos que se presenten acorde al SGC (ISO 9001/ISO IEC17025) además de los lineamientos nacionales (Ley 1474:2011 y MIPG) Verificar que el laboratorio cuenta con una metodología para la identificación, análisis, valoración, tratamiento y seguimiento a los riesgos.	X			El LSP cuenta con el mapa de riesgos institucionales gobernación del Tolima 2025 donde describe el riesgo de corrupción e incluye imparcialidad y registra el seguimiento de avance a primer cuatrimestre de 2025 y cuenta con la matriz de riesgos y oportunidades código LSP-FOR-GS-008 donde describe 16 riesgos operacionales.	2
1.11	**A**	El laboratorio planifica y hace seguimiento a los procesos contractuales para garantizar: talento humano, dotación y mantenimiento de equipos, transporte de muestras especializado, capacitaciones, gestión de residuos, reactivos, materiales de referencia, e insumos suficientes para realizar las actividades requeridas en sus actividades misionales.	En la planeación anual de actividades, se deben evidenciar los requerimientos necesarios para la ejecución de sus actividades durante un periodo establecido de tiempo.	X			El presupuesto asignado en 2025 para el LSP es de 3,602,785,526 en el marco del proyecto "Fortalecimiento a la Vigilancia Epidemiológica e IVC a Establecimientos de Interés para la Gobernabilidad y Gobernanza en el Departamento del Tolima", identificado con el Código BPIN: 2024004730064.	3
1.12	**A**	El laboratorio mantiene un control de inventario de reactivos, insumos y materiales empleados en la realización de los ensayos.	Solicitar los procedimientos de recepción y almacenamiento de insumos, reactivos y materiales consumibles que se requieren para los ensayos y el control de calidad y verificar como se controlan sus vigencias	X			El LSP cuenta con el procedimiento para la gestión de inventario de materiales código LSP-PRO-AD-0 11 y con el formato Kardex de reactivos e insumos codigo LSP-FOR-GS-016 y con el formato de Inspección de entrada de materiales codigo LSP-FOR-GA-011.	3
1.13	**B**	El laboratorio participa en la evaluación técnica que se realiza para la compra de insumos, reactivos, materiales, servicios y equipos necesarios para su funcionamiento.	Verificar que los procesos de adquisición de insumos, reactivos materiales y equipos que sean usados en el laboratorio cuenten con el concepto técnico de la dirección o coordinación del laboratorio, o la persona que este delegue para la evaluación.	X			El LSP cuenta con el procedimiento para la selección y el control de productos y servicios externos código LSP-PRO- AD-007 V.05. Se revisa el acta de evaluación jurídica de las propuestas presentadas al proceso de subasta inversa N. SUB-115-2024 donde participa en la evaluación el subdirector del LSP y la resolución 2996 de 2024 donde se designa al subdirector del LSP como evaluador de proceso de menor cuantía.	2