

INFORME DE SEGUIMIENTO A LA HERRAMIENTA DE VERIFICACIÓN DE CALIDAD EN SALUD PÚBLICA
DIRECCIÓN OPERATIVA - PROCESO LABORATORIO DE LA EMPRESA DE SERVICIOS DE CHAPARRAL

Proceso Auditado:	Operativo – Gestión de Laboratorio	Fecha de elaboración:	11/12/2025
--------------------------	------------------------------------	-----------------------	-------------------

Nombre del Proceso:	Control Interno – Componente: Actividades de Monitoreo y Supervisión Auditoría Interna
Responsable del Proceso	Oscar Stid Cadena Gómez Paula Andrea Camargo Chaves
Equipo Auditor:	Marisol Forero Bocanegra
1. Objetivo de la Auditoría:	Realizar el seguimiento a los hallazgos identificados por la Secretaría de Salud durante la auditoría sanitaria previamente ejecutada al laboratorio de control de calidad del agua para consumo humano, verificando el grado de avance en la implementación de las acciones correctivas y de mejora. El seguimiento se efectuará con base en los estándares de la herramienta de verificación de calidad en salud pública, específicamente: <i>organización y gestión, talento humano, infraestructura, referencia y contrarreferencia, bioseguridad y procesos prioritarios</i> , con el fin de confirmar el cumplimiento normativo y técnico requerido para la operación del sistema de tratamiento y control de agua potable.
2. Alcance de la Auditoría:	<p>El presente seguimiento se realizará exclusivamente sobre los ítems calificados como NO CONFORME por la Secretaría de Salud en la auditoría previamente ejecutada al laboratorio de la Empresa de Servicios Públicos - control de calidad del agua para consumo humano.</p> <p>Valga la aclaración: no serán objeto de seguimiento las sugerencias o recomendaciones no vinculantes emitidas por la Secretaría, dado que dichas observaciones no constituyen incumplimiento normativo.</p> <p>El seguimiento comprende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La verificación de los avances implementados frente a cada uno de los NO CONFORME identificados.

	<ul style="list-style-type: none"> • La revisión documental y técnica de las evidencias que soportan la corrección de los incumplimientos detectados. • La evaluación de las adecuaciones, mejoras o acciones implementadas en los estándares de organización y gestión, talento humano, infraestructura, referencia y contrarreferencia, bioseguridad y procesos prioritarios, únicamente en lo relacionado con los hallazgos obligatorios. • La validación del cumplimiento mínimo exigido por la normativa vigente para laboratorios que realizan control de calidad del agua potable. <p>Este seguimiento no implica la repetición de la auditoría inicial ni la revisión de aspectos sugeridos por la autoridad, sino la constatación del cierre efectivo de los hallazgos no conformes.</p>
<p>3. Marco Normativo:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Constitución Política de Colombia de 1991 artículo 269 • Ley 87 de 1993 Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones <p>El presente seguimiento se fundamenta en la normativa aplicable al control de calidad del agua para consumo humano en Colombia, entre la cual se destacan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Decreto 1575 de 2007 – Sistema para la Protección y Control de la Calidad del Agua para Consumo Humano: establece responsabilidades de los prestadores del servicio, autoridades sanitarias y lineamientos generales de vigilancia. • Resolución 2115 de 2007 – Parámetros y límites máximos permisibles de calidad del agua para consumo humano. • Resolución 1619 de 2015 – Estándares de calidad y requisitos para laboratorios que realizan análisis de agua. • Lineamientos técnicos del Instituto Nacional de Salud – Red Nacional de Laboratorios para vigilancia de la calidad del agua y programa PICCAP. • Normatividad territorial aplicable emitida por la Secretaría de Salud Departamental, especialmente los criterios y herramienta de verificación utilizada en la auditoría realizada a la empresa de servicios públicos
<p>Personal Entrevistado:</p>	<p>Oscar Stid Cadena Gómez Paula Andrea Camargo Chaves</p>

RESULTADO DE LA AUDITORÍA DE SEGUIMIENTO LA HERRAMIENTA DE VERIFICACIÓN DE CALIDAD EN SALUD PÚBLICA

DIRECCIÓN OPERATIVA - PROCESO LABORATORIO DE LA EMPRESA DE SERVICIOS DE CHAPARRAL

En cumplimiento del Plan de Auditorías de la vigencia 2025, el cual fue debidamente aprobado por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, según consta en el Acta 001 del 24 de enero de 2025 y modificado a través del acta No. 08 del 29 de octubre de 2025, se realizó Auditoría de seguimiento a la **Herramienta de verificación de calidad en Salud Pública**, como uno de los procesos de soporte o apoyo, de la Entidad.

De acuerdo con la Ley 87 de 1993, se define la Auditoría interna como **“Una actividad independiente y objetiva de aseguramiento y consulta, concebida para agregar valor y mejorar las operaciones de una organización”**. En el MECI la Auditoría interna es definida como: **“Un examen sistemático, objetivo e independiente de los procesos, actividades, operaciones y resultados de una Entidad Pública”**. Se precisa, además, que **“permite emitir juicios basados en evidencias sobre los aspectos más importantes de la gestión, los resultados obtenidos y la satisfacción de los diferentes grupos de interés”**.

La Auditoría se lleva a cabo considerando las Normas de Auditoría Interna existentes en el país, y teniendo en cuenta la estructura del Modelo Estándar de Control Interno –MECI, implementado en la Empresa, mediante la adopción de la guía operativa del Modelo Integrado de Planeación y Gestión –MIPG. Así mismo, se siguieron las orientaciones contenidas en la Guía de Auditorías Internas basadas en Riesgos, Versión 4 de julio de 2020, del Departamento Administrativo de la Función Pública-DAFP.

El procedimiento de Auditoría utilizado fue el de **Consulta o Entrevista** que consiste en realizar preguntas al personal del proceso auditado para obtener sus respuestas orales o escritas; se complementa con la **inspección** de documentos y registros examinados físicamente y en el Sistema SIIGO, así como en los archivos digitales o físicos llevados a cabo en el área auditada.

Como resultado del ejercicio, se identificaron avances significativos en algunos de los estándares evaluados; sin embargo, persisten aspectos que deben ser fortalecidos para garantizar el cumplimiento pleno de los requisitos técnicos y sanitarios establecidos en la normativa vigente. Los hallazgos pendientes de cierre y las oportunidades de mejora fueron detallados en la matriz de seguimiento anexa, con el fin de orientar las acciones requeridas por las dependencias responsables.

INFORME DE SEGUIMIENTO A LA HERRAMIENTA DE VERIFICACIÓN DE CALIDAD EN SALUD PÚBLICA.

1. ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN

Ítem	REQUISITO	OBSERVACIÓN DE LA SST	FECHA PROGRAMADA DE CUMPLIMIENTO	FECHA DE VERIFICACIÓN POR OCI	AVANCE	OBSERVACIÓN OCI	VERIFICACIÓN
1.3	El laboratorio tiene los procedimientos técnicos, administrativos o de gestión de las pruebas realizadas desde la toma de muestras, procesamiento y emisión de resultados, documentados y aprobados, para laboratorios propios del prestador o autorizados por el MSPS acorde a la Resolución 2115 de 2007 o la norma que la reemplace o sustituya	El laboratorio cuenta con manuales, procedimientos y formatos. Pero se evidencia que en los documentos hacen referencia a formatos lo cuales no están codificados. El manual de calidad posee dos fechas de emisión 2025-01-05 y 2024-10-05. Se evidencia un sistema de gestión genérico, es necesario que se adhiera a las necesidades operativas del laboratorio.	2025/10/15	20/11/2025	100%	Se cuenta con un archivo DRIVE en el cual se observa 82 formatos, 2 planes, 5 manuales, 34 procedimientos, 8 guías de uso de equipos, codificados y aunados al sistema de calidad del laboratorio. 20/11/2025, pendiente la reunión del Comité de Gestión y Desempeño. Dentro del MIPG para la aprobación de los documentos	1. Procedimiento 2. Planes y matrices 2025 3. Manuales 4. Guías de uso de equipos 2025 5. Formatos 2025 Documentos cargados en la DRIVE DENOMINADO: Sistema de Gestión de Calidad.
1.8	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 cuenta con el P-LAB-34 procedimiento para llevar a cabo las auditorías internas V2, del 2025-01-05. Cuenta con informe de auditoría de la Jefe de control interno. Cuenta con Plan de auditoría pero sin fecha y cuenta con programa de auditoría pero no especifica la auditoría del laboratorio sino como auditorías eventuales y especiales. No hay acciones correctivas	30/11/2025	20/11/2025	100%	Se modificó el plan anual de auditoría bajo el acta No. 8 del Comité de Coordinación de Control Interno del día 29 de octubre de 2025	ACTA No. 08 del Comité de Coordinación de Control Interno Documento cargado en la DRIVE
1.9	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	Aún no tiene recopilada en tablas de retención documental	30/11/2025	20/11/2025	30%	Al corte del presente informe, el funcionario encargado del archivo se encuentra gestionando las Tablas de Retención Documental (TRD). Se informa que, para el presente año, la entidad adelantó un proceso de modernización institucional, para lo cual se estableció un periodo de seis meses destinados al acoplamiento de los nuevos procesos. Actualmente, el laboratorio cuenta con un espacio destinado para la adecuación del archivo físico; sin embargo, aún se requiere realizar las adecuaciones técnicas y de infraestructura necesarias para garantizar el cumplimiento de las condiciones archivísticas exigidas por la normativa vigente.	1. Se verifica a través de los acuerdos No 07 del 02 de julio de 2025 "Por el cual se modifica y fija la estructura orgánica de Empochaparral Empresa de Servicios Públicos de Chaparral E.S.P. - Se determina sus funciones y dictan otras disposiciones 2. Acuerdo No. 08 del 02 de julio de 2025 " Por el cual se modifica el acuerdo No. 010 de octubre de 2018, en lo relativo a los artículos 13 y 23 3. Acuerdo No. 09 del 02 de julio de 2025, "Por el cual se adopta el Sistema de nomenclatura y escala de remuneración salarial para los empleados públicos y trabajadores oficiales de Empochaparral Empresa de Servicios Públicos de Chaparral E.S.P. y se dictan otras disposiciones. Se observa que el proceso de archivo no ha presentado avances significativos, debido a las actividades derivadas del proceso de actualización institucional realizado por la empresa. Esta situación ha limitado la implementación oportuna de los elementos archivísticos requeridos.. Documentos cargados en la DRIVE

ítem	REQUISITO	OBSERVACIÓN DE LA SST	FECHA PROGRAMADA DE CUMPLIMIENTO	FECHA DE VERIFICACIÓN POR OCI	AVANCE	OBSERVACIÓN OCI	VERIFICACIÓN
1,15	El laboratorio documenta, implementa y desarrolla una estrategia de mejora continua tales como acciones correctivas o de mejora y trabajo no conforme.	No se evidencia las acciones correctivas y de mejora de la auditoría 2024.	30/11/2025	20/11/2025	100%	Se presentó plan de correcciones y acciones correctivas presentado el 25 de septiembre de 2025	Modificación al plan de auditoría y realización de la auditoría conforme a las recomendaciones impartidas por la Secretaría de Salud Documento cargado en la DRIVE
1,18	El laboratorio realiza aseguramiento de la calidad para todas las pruebas que realiza-trazabilidad metrológica	No cuenta con MRC para PH, Turbiedad, dt, alcalinidad, cuenta con estándares trazables para las metodologías espectrofotométricas, el espectrofotómetro no cuenta con calibración.	30/11/2025	20/11/2025	50%	Se cuenta con CDP No. 470 del 18/11/2025, por valor de \$3.938.900	El material requerido para llevar a cabo el aseguramiento de la calidad proviene del extranjero (Alemania); en tal sentido, no se contará con él durante la vigencia 2025, sino hasta el año 2026. No obstante, la administración ya está adelantando las gestiones necesarias para su adquisición. Anexos en la DRIVE
1,19	El laboratorio realiza aseguramiento de la calidad para todas las pruebas que realiza - aseguramiento del método: Esquemas de control de calidad para asegurar la validez de los resultados (controles de kit, material de referencia, de tercera opinión, muestras caracterizadas, implementación de cartas control).	Cuenta con controles de calidad para análisis espectrofotométricos. No cuenta con controles es calidad para metodologías DT y alcalinidad, cloro	30/11/2025	20/11/2025	50%	Se cuenta con CDP No. 470 del 18/11/2025, por valor de \$3.938.900	El material requerido para llevar a cabo el aseguramiento de la calidad proviene del extranjero; en tal sentido, no se contará con él durante la vigencia 2025, sino hasta el año 2026. No obstante, la administración ya está adelantando las gestiones necesarias para su adquisición. Anexos en la DRIVE
1,20	El laboratorio realiza aseguramiento de la calidad para todas las pruebas que realiza-aseguramiento del método: Técnicas analíticas estandarizadas, verificadas o validadas.	No cuentan con informes de confirmación de las metodologías analíticas.	01/06/2026	20/11/2025	50%	El plazo de ejecución esta para el 01 de junio de 2026. Dicho proceso requiere de material certificado de referencia y ppto para este año	Este punto se complementa con el hallazgo anterior ya que guardan estrecha relación
1,21	El laboratorio realiza aseguramiento de la calidad para todas las pruebas que realiza - Control de datos: Custodia de datos, transferencia (quien verifica datos lo hace contra datos primarios), conclusiones o interpretaciones adecuadas, verificaciones aleatorias de cálculos, definición de número de cifras significativas para los resultados, los equipos que arrojan datos están controlados, las hojas de cálculo son protegidas verificadas manualmente, se controla acceso al área, linemaintos de diligenciamiento, conservación y igualdad de registros.	No se cuentan con registros de datos primarios, se hace transferencia "Directa" a cuaderno formato de ingreso de muestras y resultados LCAF-48	31/10/2025	20/11/2025	100%	Se verificó en el archivo de Drive que dichos documentos aún no han sido puestos en operación, toda vez que se encuentran en espera de la aprobación por parte del Comité de Gestión y Desempeño.	FORMATO No. 82 L-CA-F-82 Registro de datos y calculos primarios NOTA: Esta oficina verificó que los formatos fueron aprobados mediante acta de comité de gestión y desempeño No. 005 del 21 de noviembre de 2025 Documento cargado en la DRIVE

ESTANDAR DE TALENTO HUMANO

INFORME DE SEGUIMIENTO A LA HERRAMIENTA DE VERIFICACIÓN DE CALIDAD EN SALUD PÚBLICA.

2. TALENTO HUMANO

ítem	REQUISITO	OBSERVACIÓN DE LA SST	FECHA PROGRAMADA DE CUMPLIMIENTO	FECHA DE VERIFICACIÓN POR OCI	AVANCE	OBSERVACIÓN OCI	VERIFICACIÓN
2,1	El laboratorio cuenta con manual de perfiles de puestos de trabajo, con el personal administrativo, técnico y profesional, con el debido nivel de competencia para el desarrollo de las funciones asignadas de acuerdo al cargo. Adicionalmente la institución debe contar con un documentos que de cuenta de la gestión de personal donde se reflejen los roles y responsabilidades del sistema de gestión de calidad.	No se evidencia un documento donde se define los roles del personal del laboratorio y sus actividades	30/11/2025	20/11/2025	100%	A través del documento expedido por la secretaria general, donde se declara las actividades específicas a los roles del laboratorio signadas a la Bacterióloga y la Ingeniera química	Documento expedido el día 05 de noviembre de 2025 Documento Cargado en la DRIVE

ítem	REQUISITO	OBSERVACIÓN DE LA SST	FECHA PROGRAMADA DE CUMPLIMIENTO	FECHA DE VERIFICACIÓN POR OCI	AVANCE	OBSERVACIÓN OCI	VERIFICACIÓN
2.9	El laboratorio dispone de personal de apoyo para servicios generales (aseo, mantenimiento general, vigilancia) de sus instalaciones	No cuenta con personal permanente de aseo y vigilancia. El personal de aseo llega de manera ocasional. No cuentan con capacitación de bioseguridad, aseo, ruta sanitaria y preparación de soluciones	31/10/2025	20/11/2025	100%	La actividad quedó plasmada en cronograma de actividades de aseo y limpieza de la Planta de tratamiento	Se verificó a través de los cronogramas expedidos por la Secretaría General y la profesional en SST. A través del Acta No. 07 del 25 de noviembre, se brindó capacitación a la persona del aseo en los tópicos de PGIRASA y limpieza, desinfección y aseo, así como en la preparación de soluciones, dirigida al personal de aseo asignado
2.10	El personal que integra el laboratorio participa en programas de educación continuada o capacitaciones técnicas con periodicidad mínima anual y personal nuevo y evalúa su eficacia	No cuenta con programa de capacitación	31/10/2025	20/11/2025	80%	Se evidencia el cronograma de capacitaciones desarrollado durante la presente vigencia, así como las actividades pendientes por ejecutar en diciembre	PROGRAMA DE FORMACIÓN DEL PERSONAL L-CAF-38 Documento cargado en la DRIVE
2.11	El laboratorio realiza seguimiento al desempeño técnico con periodicidad definida al personal de laboratorio tanto profesional, técnico o de apoyo al laboratorio, independiente de su modalidad de vinculación.	No tienen evaluación del personal garantizando idoneidad, competencia y seguimiento de sus labores	30/11/2025	20/11/2025	100%	Se realizó una evaluación cruzada entre el personal del laboratorio, específicamente entre la Ingeniera Química y la Bacterióloga. Este ejercicio permitió contrastar criterios técnicos, estandarizar procedimientos y verificar la correcta aplicación de los protocolos establecidos para las actividades de laboratorio. La evaluación cruzada contribuye además a identificar oportunidades de mejora, fortalecer la confiabilidad de los resultados y promover la actualización permanente del conocimiento técnico entre los profesionales involucrados	Se verifica a través del documento Evaluación de competencia aplicadas al personal L-CA-F 85 Documento de fecha del 03/12/2025 Documento cargado en la DRIVE

ESTANDAR DE INFRAESTRUCTURA Y DOTACIÓN

INFORME DE SEGUIMIENTO A LA HERRAMIENTA DE VERIFICACIÓN DE CALIDAD EN SALUD PÚBLICA.

3. INFRAESTRUCTURA Y DOTACIÓN

ítem	REQUISITO	OBSERVACIÓN DE LA SST	FECHA PROGRAMADA DE CUMPLIMIENTO	FECHA DE VERIFICACIÓN POR OCI	AVANCE	OBSERVACIÓN OCI	VERIFICACIÓN
3.1	La construcción o remodelación de la planta física del laboratorio se realizó cumpliendo las especificaciones de la norma vigente en sismo	Cuenta con una cotización de servicios pero no se ha realizado la actividad, no hay evidencias.	30/01/2026	20/11/2025	N/A	Actividad programada para el 2026	N/A
3.10	El laboratorio tiene espacios de almacenamiento en condiciones adecuadas de: documentos, registros, resultados tanto en medio físico como archivos electrónicos	No cuenta con un espacio apropiado para archivo	30/11/2025	20/11/2025	20%	Se habilitó un espacio para la adecuación del archivo; sin embargo, al corte del presente informe no se ha adelantado ninguna adecuación tendiente a cumplir con el presente hallazgo.	PENDIENTE

ítem	REQUISITO	OBSERVACIÓN DE LA SST	FECHA PROGRAMADA DE CUMPLIMIENTO	FECHA DE VERIFICACIÓN POR OCI	AVANCE	OBSERVACIÓN OCI	VERIFICACIÓN
3,15	El laboratorio cuenta con un plan metrológico implementado para garantizar el adecuado funcionamiento de los equipos y la seguridad de las mediciones, así como procedimientos y registros cuando realicen intervenciones metrológicas con personal interno (mantenimiento preventivos, correctivos o verificaciones intermedias)	No cuentan con el plan metrológico	31/10/2025	20/11/2025	100%	Se evidencia el Plan metrológico ajustado a la necesidad del laboratorio	L-CA-PL-02 Plan metrológico Documento cargado en la DRIVE
3,18	El laboratorio cuenta con programas periódicos de mantenimiento, actualización y protección de software	Se anexas soportes documentales, de las intervenciones, no existe una programación	30/11/2025	20/11/2025	100%	Se evidencia Plan de intervención	Documento cargado en la DRIVE

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

INFORME DE SEGUIMIENTO A LA HERRAMIENTA DE VERIFICACIÓN DE CALIDAD EN SALUD PÚBLICA.

4. REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

ítem	REQUISITO	OBSERVACIÓN DE LA SST	FECHA PROGRAMADA DE CUMPLIMIENTO	FECHA DE VERIFICACIÓN POR OCI	AVANCE	OBSERVACIÓN OCI	VERIFICACIÓN
4,5	El laboratorio tiene establecidos procedimientos para la verificación de la trazabilidad de las muestras	No se evidencia procedimiento para realizar la trazabilidad de muestras	31/10/2025	20/11/2025	100%	Se evidencia el cumplimiento de los requerimientos	34.L-CA-P-34 PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR LA TRAZABILIDAD 79.L-CA-F79 Lista de chequeo de trazabilidad Documento cargado en la DRIVE

BIOSEGURIDAD Y MANEJO DE RESIDUOS

INFORME DE SEGUIMIENTO A LA HERRAMIENTA DE VERIFICACIÓN DE CALIDAD EN SALUD PÚBLICA.

5. BIOSEGURIDAD Y MANEJO DE RESIDUOS

ítem	REQUISITO	OBSERVACIÓN DE LA SST	FECHA PROGRAMADA DE CUMPLIMIENTO	FECHA DE VERIFICACIÓN POR OCI	AVANCE	OBSERVACIÓN OCI	VERIFICACIÓN
5,5	El laboratorio tiene un plan o manual para la gestión integral de residuos generados en sus diferentes secciones y ambientes de trabajo ajustado a su caracterización del riesgo y de acuerdo a la normatividad vigente.	Cuenta con el L-CAM-05 plan de gestión integral de residuos hospitalarios y similares, V2, del 2025-01-05. Dentro del manual hace referencia a la resolución 591 del 2024. Pero sigue haciendo referencia al grupo administrativo de gestión ambiental y sanitaria (GAGAS) pero no hace referencia quien lo conforma. No hace referencia a la clasificación de residuos generados en el laboratorio solo a residuos hospitalarios, no se especifica la ruta de recolección interna.	31/10/2025	20/11/2025	100%	Documento elaborado por la Bacterióloga conforme lo solicitado	4.L-CA-M-04 PGIRASA Manual del Plan de Gestión Integral de Residuos Generados en la Atención en Salud y otras Actividades (PGIRASA) RESOLUCION 591/2024 Acta No. 04 del 03 de noviembre de 2025 Creación del Comité GGAS Grupo de Gestión ambiental Documentos cargados en la DRIVE
5,9	El laboratorio realiza el pre tratamiento in situ de los residuos como medida de bioseguridad o principio de precaución de impacto ambiental (Ley 99 de 1983)	No hace referencia a la clasificación de residuos generados en el laboratorio solo residuos hospitalarios, no se especifica la ruta de recolección interna	31/10/2025	20/11/2025	100%	Se encuentra identificada la ruta y se encuentra impresa en las áreas de laboratorio	51.L-CA-F-51 Ruta sanitaria Documento cargado en la DRIVE
5,16	Las instalaciones del laboratorio disponen de duchas, lavamanos y lavaojos, de fácil acceso para el personal, funcionales y con control de funcionamiento. Si se usan medios para lavado ojos (kit portátiles) deben estar vigentes y disponibles.	El sistema de ducha de emergencia y lavaojos no es acordado a lo requerido por la normativa.	31/10/2025	10/12/2025	100%	Se cuenta con CDP No. 470 del 18/11/2025, por valor de \$3.938.900	Las duchas se encuentran en almacenes pendientes de trámites administrativos, para su instalación Anexos en la DRIVE

BIOSEGUROS Y MANEJO DE RESIDUOS

INFORME DE SEGUIMIENTO A LA HERRAMIENTA DE VERIFICACIÓN DE CALIDAD EN SALUD PÚBLICA.

6. BIOSEGURIDAD Y MANEJO DE RESIDUOS

Ítem	REQUISITO	OBSERVACIÓN DE LA SST	FECHA PROGRAMADA DE CUMPLIMIENTO	FECHA DE VERIFICACIÓN POR OCI	AVANCE	OBSERVACIÓN OCI	VERIFICACIÓN
6,1	El personal del laboratorio conoce sus responsabilidades dentro de la Red Nacional de Laboratorios (Decreto 780 de 2016, el cual que contiene el Decreto 3518 de 2006, el Decreto 2323 de 2006, la Resolución 1619 de 2015, el sistema de vigilancia en salud pública y vigilancia y control sanitario (Decreto 1575 de 2007 y sus resoluciones reglamentarias). Aplica para laboratorios propios del prestador o autorizados.	No cuenta con socialización o capacitación de sus responsabilidades dentro de la Red Nacional de Laboratorios	31/10/2025	20/11/2025	100%	Capacitación realizada el 25 de octubre de 2025	Acta No. 05 del 25 de octubre Documento cargado en el DRIVE
6,3	El laboratorio conoce los lineamientos nacionales vigentes de operación y respuesta frente al tema de agua para consumo humano. Aplica para laboratorios propios del prestador o autorizados.	El coordinador debe asegurar que los profesionales del laboratorio conozcan e implementen los lineamientos institucionales para el adecuado aprendizaje de los eventos de interés en salud pública según las competencias definidas (Resoluciones, circulares, manuales de toma de muestra, documentos técnicos)	31/10/2025	20/11/2025	100%	Socialización realizada el 04 de febrero de 2025	Acta No. 01 del 04 de febrero de 2025 y acta No. 05 del 25 de octubre de 2025 Documento cargado en la DRIVE

CONCLUSIÓN

De acuerdo con la verificación de los Estándares de Calidad en Salud Pública para los Laboratorios de Análisis Físico–Químico y Microbiológico de Aguas, y conforme a la auditoría realizada en el mes de agosto del presente año por la Secretaría de Salud del Tolima, la Oficina de Control Interno efectuó el seguimiento y la verificación a la herramienta de evaluación.

Dicha herramienta está constituida por cinco (5) estándares, sobre los cuales únicamente se realizó seguimiento a los ítems calificados como **NO CONFORMES**, en atención al plan de correcciones y acciones presentado por la Empresa de Servicios Públicos el 25 de septiembre (Al momento de esta auditoría la Secretaría de Salud del Tolima no respondió la comunicación de la Empresa, por lo que se asume como aceptada las acciones propuestas por EMPOCHAPARRAL), cuyas fechas de implementación estaban programadas para los meses de octubre y noviembre de la presente vigencia.

Como resultado del análisis efectuado, se identificó que la Secretaría de Salud dejó un total de 22 observaciones, distribuidas de la siguiente manera:

ESTANDAR EVALUADO	N. de OBSERVACIONES
Organización y Gestión	8
Talento Humano	4
Infraestructura y Dotación	4

ESTANDAR EVALUADO	N. de OBSERVACIONES
Referencia y contrarreferencia	1
Bioseguridad y manejo de residuos	3
Proceso Prioritario	2

De las 22 observaciones calificadas como NO CONFORME, al momento del presente informe se verifica que 15 de ellas, equivalentes al 68 %, se encuentran completamente cerradas y cumplen al 100 % con los requerimientos establecidos por la Secretaría de Salud del Tolima. El 32 % restante corresponde a observaciones que, si bien presentan avances parciales, aún no alcanzan el nivel de cumplimiento requerido para su cierre definitivo; estas se distribuyen en avances del 80 %, 50 %, 30 %, 20 %, y una observación clasificada como N/A, programada para ser ejecutada en su totalidad en la vigencia 2026 por tratarse de una adecuación estructural.

No. de acciones y su cumplimiento	Porcentaje de cumplimiento
15	100%
1	80%
3	50%
1	30%
1	20%
1	N/A

En términos generales, el avance logrado evidencia un compromiso técnico y operativo significativo por parte de la administración, particularmente en lo relacionado con la actualización documental, la estandarización de procedimientos, el fortalecimiento de la gestión operativa y el mejoramiento de las condiciones de infraestructura del laboratorio. El cierre efectivo del 68 % de las no conformidades representa un progreso importante frente a los requerimientos de la autoridad sanitaria y contribuye a mejorar las condiciones de calidad del análisis físico-químico y microbiológico del agua para consumo humano.

Sin embargo, el **32 % pendiente** constituye un segmento que exige continuidad en las acciones correctivas, especialmente en aquellas que dependen de validaciones complementarias, ajustes técnicos adicionales o inversiones físicas programadas para la siguiente vigencia. La culminación de estas acciones es indispensable para garantizar el cumplimiento integral de los estándares definidos en la **Herramienta de Verificación de Calidad en Salud Pública**, asegurar la trazabilidad operativa

del laboratorio y mantener la conformidad normativa exigida para la operación del sistema de control de calidad del agua potable.

RECOMENDACIONES

1. Adecuación del espacio físico destinado al archivo del laboratorio

Si bien la Empresa cuenta con un espacio asignado para el archivo físico, durante la verificación se evidenció que dicho espacio aún no cuenta con las condiciones mínimas requeridas para su funcionamiento conforme a los lineamientos institucionales y normativos. Por lo anterior, se recomienda **definir una fecha límite y un cronograma verificable** para la ejecución de las adecuaciones pendientes, garantizando condiciones de conservación, organización y acceso que permitan la correcta administración documental del laboratorio y el cumplimiento de sus obligaciones regulatorias.

2. Entrega formal y oportuna de las Tablas de Retención Documental (TRD)

Se recomienda que el funcionario responsable del archivo establezca una **fecha de entrega clara, verificable y formalmente comunicada** para la presentación del producto técnico correspondiente a las Tablas de Retención Documental del laboratorio. Esto resulta fundamental considerando que la entidad otorgó un periodo de acoplamiento derivado del proceso de modernización institucional, por lo cual se requiere fijar un plazo cierto que permita determinar con precisión cuándo se contará con este instrumento archivístico obligatorio para la gestión documental del laboratorio.

3. Reactivación y priorización de las actividades del proceso de archivo

Se evidenció que el avance en las actividades asociadas al proceso de archivo presenta rezagos atribuibles al proceso de actualización institucional adelantado durante la vigencia. En consecuencia, se recomienda **reactivar de manera inmediata las actividades pendientes**, priorizando la implementación de los elementos archivísticos esenciales para garantizar la continuidad del proceso y su alineación con la normatividad vigente. El cumplimiento oportuno de estas actividades contribuirá a cerrar las brechas identificadas y a fortalecer la trazabilidad documental del laboratorio.

4. Finalizar el 32 % de observaciones pendientes del plan de acciones correctivas

Considerando que el cierre total de las no conformidades alcanza el 68 %, se recomienda establecer un **plan de trabajo complementario** que especifique responsables, plazos y recursos requeridos para culminar el 32 % restante. De manera especial, se deberán priorizar aquellas observaciones con avances parciales (20 %, 30 % y 50 %), asegurando su finalización dentro del primer trimestre del

próximo año y manteniendo seguimiento continuo de la observación programada para la vigencia 2026.

5. Realizar seguimiento periódico hasta el cierre total del plan de acción

Con el fin de asegurar el cumplimiento integral de los estándares de la Herramienta de Verificación de Calidad en Salud Pública, se recomienda programar **seguimientos trimestrales** hasta lograr el cierre del 100 % de las observaciones, registrando en cada corte los avances alcanzados, los riesgos de retraso y las acciones correctivas tomadas por la administración.

6. Seguimiento a la adquisición, recepción técnica y trazabilidad del material del laboratorio

Se recomienda realizar un **seguimiento formal y documentado** al proceso de adquisición del material requerido para las actividades operativas del laboratorio, verificando que las compras se efectúen conforme a las especificaciones técnicas definidas y a las necesidades reales del proceso. De igual manera, se sugiere elaborar el **informe detallado de la compra**, consolidando evidencia sobre la pertinencia, oportunidad y conformidad de los insumos adquiridos.

7. Recepción Técnica

Asimismo, se recomienda que la profesional en Bacteriología realice la **recepción técnica del material**, verificando características, calidad y condiciones de uso, dejando registro en la respectiva ficha técnica. Este procedimiento permitirá asegurar la **trazabilidad completa de los insumos**, garantizar que cumplan con los estándares operativos del laboratorio y asegurar el adecuado soporte documental frente a futuras auditorías internas y externas.

RESUMEN EJECUTIVO

La Oficina de Control Interno realizó el seguimiento a los hallazgos calificados como **NO CONFORME** por la Secretaría de Salud del Tolima durante la auditoría practicada en agosto al laboratorio de análisis físico-químico y microbiológico de agua para consumo humano. El seguimiento se efectuó con base en los cinco estándares de la Herramienta de Verificación de Calidad en Salud Pública: **organización y gestión, talento humano, infraestructura y dotación, referencia y contrarreferencia, bioseguridad y procesos prioritarios.**

Del total de **22 observaciones no conformes**, se verificó que **15 de ellas (68 %)** se encuentran completamente cerradas, mientras que el **32 % restante** presenta avances parciales entre el 20 %, 30 %, 50 % y 80 %, además de una observación clasificada como N/A cuya ejecución está programada para la vigencia 2026. Lo anterior evidencia un **avance global significativo**, reflejando

compromiso institucional con el cierre de los hallazgos y con el fortalecimiento técnico, operativo y documental del laboratorio.

Durante la verificación se observó progreso notable en aspectos como la gestión documental, el ordenamiento operativo, la actualización de procedimientos y la mejora de prácticas asociadas al manejo de insumos y equipos. No obstante, persisten acciones en curso que requieren continuidad y priorización para alcanzar el cumplimiento total de los estándares exigidos por la Secretaría de Salud del Tolima.

Se emitieron recomendaciones orientadas a la adecuación del archivo, la formalización de las Tablas de Retención Documental, la reactivación del proceso de gestión documental, el cierre del 32 % de observaciones pendientes, la continuidad del seguimiento periódico, y la garantía de trazabilidad en la adquisición y recepción técnica de insumos del laboratorio.

En síntesis, el laboratorio presenta un **estado de avance favorable**, con un cumplimiento del 68 % de los hallazgos, y requiere mantener los esfuerzos administrativos y técnicos para garantizar la operación conforme a los requisitos normativos y asegurar la confiabilidad de los procesos de control de calidad del agua para consumo humano.

Atentamente,

(Original firmado)

MARISOL FORERO BOCANEGRA

Jefe de Control Interno

EMPOCHAPARRAL Empresa de Servicios Públicos de Chaparral E.S.P.