



SISTEMA DE GESTION

Código: CGE-FR-002

Página: 1

Versión: 2

Vigente a partir de:
2022-02-08

PLAN DE MEJORAMIENTO (INDIVIDUAL/PROCESO)

PROCESO: CONTROL DE CALIDAD

RESPONSABLE (LIDER DE PROCESO):

SUBGERENTE DE OPERACIONES

FECHA SUSCRIPCIÓN DEL PLAN: 10/12/2024

FUENTE QUE GENERA EL PLAN DE MEJORAMIENTO. Marque con una x según aplique:

Evaluación de Competencias: ____ Hallazgos Auditoría Interna: ☒ X. Monitoreo Plan Indicativo: ____ Mapa de Riesgos: ____ Mapa anticorrupción: ____ Otro: x Cual?

No	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO/ OPORTUNIDAD DE MEJORA	RIESGO IDENTIFICADO	ACCIÓN A IMPLEMENTAR	RESPONSABLE	TIEMPO PROGRAMADO PARA CUMPLIMIENTO (SE ACCIONES CUANDO)		MECANISMO DE SEGUIMIENTO INTERNO ADOPTADO POR LA ENTIDAD		
					INICIO	FIN	OBSERVACIÓN	%AVANCE	FECHA
1	El Normograma del Subproceso no cumple con la completitud, ni la calidad requerida	Incumplimiento de disposiciones normativas internas y externas que regulan y reglamentan el actuar de la Empresa	Actualizar el normograma del subproceso con las normas aplicables según procedimiento interno Normograma en su versión vigente. 1. Acta de revisión y actualización de normograma 2. Normograma actualizado	Profesional III actividades transitorias subproceso Calidad Subgerente de Operaciones	10/12/2024	30/03/2025			
2.1	Actualización de documentos del Sistema de Gestión								
2.1.1	Actualización de la caracterización del subproceso según actividades clave y recomendaciones de la auditoría	Desactualización de caracterización del subproceso en actividades y mediciones del proceso	Revisión de observaciones a la versión actual de CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO / SUBPROCESO. 1. Acta de revisión caracterización 2. Caracterización del subproceso actualizada 3. Acta de CKyD	Profesional III actividades transitorias subproceso Calidad Técnico Laboratorio Auxiliares del Laboratorio Subgerente de Operaciones	10/12/2024	30/03/2025			
2.1.2	Manual de seguridad industrial, Bioseguridad y gestión de residuos del laboratorio de control de calidad. El documento se encuentra elaborado en 2024 en su primera versión, sin embargo no es aprobado en la instancia pertinente que es el CICI, se reporta aprobado en CIOyD, pero no cuenta con la firma respectiva de la instancia de aprobación	Incumpliendo el lineamiento del procedimiento para el control de la información documentada y lo establecido en el numeral de la ISO IEC 17025: 8.3.2 El laboratorio debe asegurarse de que: a) los documentos se aprueben en su totalidad a su adecuación antes de su emisión por personal autorizado.	Revisar y ajustar en el Manual Integral de residuos AGUAS DE BARRANCABERMEJA S.A. E.S.P. y 2. el anexo Manual de seguridad industrial, Bioseguridad y gestión de residuos del laboratorio de control de calidad con base en la normativa aplicable, enunciando la correspondiente referencia normativa aplicable especificando norma, artículo, numeral o literal según aplique en el contenido del mismo. 1. Manual actualizado 2. Acta de aprobación CICI e inclusión en el sistema de gestión	Profesional III actividades transitorias subproceso Calidad Técnico Laboratorio Profesional III Ambiental Profesional I SGSST Subgerente de Operaciones Profesional III Sistemas de Gestión	10/12/2024	30/06/2025			
2.1.3	Manual del Personal del Laboratorio desactualizado ya que se enuncian roles de Profesional III control calidad que no existe actualmente, así mismo se realizan observaciones al procedimiento evaluación y formatos de calificación ya que los documentos no viabilizan una evaluación cuantitativa o niveles de resultados	Procedimiento para la evaluación del desempeño técnico y competencias y formatos para la evaluación, se realizan observaciones ya que los documentos no viabilizan una evaluación cuantitativa o niveles de resultados, ni el cómo se pretende mejorar los niveles de competencia con base en dichos resultados ya que se incumplen los requisitos 8.2.3 y 8.2.5 de la ISOIEC 17025.	Ajustar toda alusión a colaboradores acorde con el tipo de vinculación laboral, así como actualización de Procedimiento para la evaluación del desempeño técnico y competencias, y formatos para la evaluación del desempeño. 1. Manual y documentos anexos actualizados 2. Acta de aprobación CICI	Profesional III actividades transitorias subproceso Calidad Subgerente de Operaciones	10/12/2024	30/07/2025			
2.1.4	La TRD del proceso de planificación empresarial, contemple la caracterización, planes programas, procedimientos, guías e instructivos y otros del subproceso de laboratorio, realizada la solicitud de los expedientes para verificación, se observa que estos documentos no reposan en el archivo de gestión del proceso de planificación empresarial, documentos que deben hallarse impresos y firmados por las instancias de revisión y aprobación, este expediente debe cumplir con procesos archivados. No se cumple con la custodia y disponibilidad de los documentos en el subproceso de planificación empresarial acorde con la TRD del proceso ya que los documentos del subproceso mencionado, no se encuentran disponibles en la dependencia establecida No se evidenció acta de reunión legalizada que soporte la revisión de los documentos de vigencia 2015 que anuncian la necesidad de actualización de los mismos incumpliendo el Requisito ISO IEC 17025 8.3.2 El laboratorio debe asegurarse de que: "...b) los documentos se revisan periódicamente, y se actualizan, según sea necesario..." no se cumple con la custodia y disponibilidad de los documentos en el subproceso de planificación empresarial acorde con la TRD del proceso ya que los documentos del subproceso mencionado, no se encuentran disponibles en la dependencia establecida	1. Incumplimiento del requisito 8.2.4 de la NTC ISO17025, el sistema de gestión institucional según el procedimiento para el control de la información documentada, el instrumento archivístico institucional TRD, la Ley de Archivos y el acuerdo 001 de febrero 29 de 2024. 2. Incumplimiento de los lineamientos institucionales establecidos en el Procedimiento de Información documentada y el numeral 8.3.2 de la ISO IEC 17025 V2017, incumpliendo el Requisito ISO IEC 17025 8.3.2 El laboratorio debe asegurarse de que: "...b) los documentos se revisan periódicamente, y se actualizan, según sea necesario..." no se cumple con la custodia y disponibilidad de los documentos en el subproceso de planificación empresarial acorde con la TRD del proceso ya que los documentos del subproceso mencionado, no se encuentran disponibles en la dependencia establecida	Actualización de la TRD del Proceso Planificación Empresarial en armonía con las TRD del subproceso Control de Calidad. 1. Acta de Reunión de concertación de las TRD del proceso de Planificación Empresarial y subproceso Control de Calidad. Evidenciar mediante acta de reunión la revisión de los documentos del subproceso Calidad enunciando la necesidad o no de actualización de los mismos. 1. Acta de revisión de documentos del subproceso determinando la necesidad de actualización según sea el caso.	Profesional III Sistemas de Gestión - Planificación Subgerencia de Planificación Subgerente de Planificación Profesional III Sistemas de Gestión - Planificación Subgerencia de Planificación Profesional III actividades transitorias subproceso Calidad Subgerente de Operaciones	10/12/2024 10/12/2024	30/03/2025 30/06/2025			



SISTEMA DE GESTION

PLAN DE MEJORAMIENTO (INDIVIDUAL/PROCESO)

Código: CGE-FR-002

Página: 1

Versión: 2

Vigente a partir de: 2022-02-08

PROCESO: CONTROL DE CALIDAD

RESPONSABLE (LIDER DE PROCESO):

SUBGERENTE DE OPERACIONES

FECHA SUSCRIPCIÓN DEL PLAN: 10/12/2024

FUENTE QUE GENERA EL PLAN DE MEJORAMIENTO. Marque con una x según aplique :

Evaluación de Competencias: ☐ Hallazgos Auditoría Interna; ☒ Monitoreo Plan Indicativo; ☐ Mapa de Riesgos; ☐ Mapa anticorrupción; ☐ Otro: x Cual?

No	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO/ OPORTUNIDAD DE MEJORA	RIESGO IDENTIFICADO	ACCION A IMPLEMENTAR	RESPONSABLE	TIEMPO PROGRAMADO PARA CUMPLIMIENTO DE ACCIONES (CUANDO)		MECANISMO DE SEGUIMIENTO INTERNO ADOPTADO POR LA ENTIDAD		
					INICIO	FIN	OBSERVACIÓN	%AVANCE	FECHA
2.2	Conformación de expedientes acordes a la TRD								
2.2.1	Programa de Reactivo Vigilancia. No apertura expediente y por ende sin registros, lo que impide el soporte magnético de inscripción, no se ha adoptado formalmente el programa (se aporta al subproceso documento orientador para conformar el programa su adopción e implementación).		1. Elaborar consulta al Instituto Nacional de Salud - INS sobre obligatoriedad del programa Reactivo Vigilancia para laboratorio de análisis de aguas. 2. Según respuesta, elaborar el programa reactivo vigilancia o informar sobre la no necesidad del programa. 3. Acta de aprobación del programa. CIGyD 4. Conformación expediente programa (Evidencia hoja de control)	Profesional III actividades transitorias subproceso Calidad Técnico Control de Calidad Subgerente de Operaciones	10/12/2024	30/06/2025			
2.2.2	Expediente Auditorías Externas soporta registros de auditoría ICONTEC que hacen parte de auditoría Interna, a este expediente aplica auditoría de la SSPD 2023		Aplica la Auditoría de la Superintendencia de Servicios públicos 2023 y las acciones competencia del Subproceso, en cuyo expediente se incluyen los registros de avances, nivel de cumplimiento y remisión a planificación para conciliación de nivel de cumplimiento del plan Secretaría de Salud Departamental, año 2023. 1. Conformación expediente auditorías externas (Evidencia hoja de control)	Auditar del laboratorio Profesional III actividades transitorias subproceso Calidad Técnico Control de Calidad Subgerente de Operaciones	10/12/2024	30/06/2025			
2.2.3	Gestión para el fortalecimiento de las competencias del personal. No se encuentra apertura expediente que soporte la gestión del cumplimiento de las competencias del personal, aun cuando se manifiesta que el soporte se encuentra en talento humano	Las situaciones enunciadas contravienen los lineamientos institucionales del Sistema de Gestión en el Procedimiento de información documentada, el manual del sistema de gestión institucional, la NTC ISO 17025, los instrumentos archivísticos TRD-Tablas de Retención Documental y FUID, la Ley 594 de 2000, Decreto 1080 de 2016 en su versión vigente y Acuerdo No 001 de 2024 expedido por el Archivo General de la Nación	1. Revisión de propuesta de actualización de la TRD que incluye serie para gestión del fortalecimiento de las competencias del personal. 2. Conformación expediente fortalecimiento de las competencias del personal del laboratorio vigencia 2024 (Evidencia hoja de control)	Profesional III actividades transitorias subproceso Calidad Técnico Control de Calidad Subgerente de Operaciones	10/12/2024	30/06/2025			
2.2.4	Expediente Gestión de los Riesgos del Laboratorio. No se encuentra carpeta apertura y por ende no hay registros.		1. Formulación y aprobación del mapa de riesgo del laboratorio año 2025. 2. Tres monitores del mapa de riesgos de laboratorio por parte de la Subgerencia de Planificación.	Profesional III actividades transitorias subproceso Calidad Técnico Control de Calidad Subgerente de Operaciones Profesional III Sistemas de Gestión Profesional III Sistemas de Gestión Subgerente de Planificación Empresarial	10/12/2024	28/02/2025			
2.2.5	Expediente PQRSO. No se encuentra carpeta apertura y por ende no hay registros.		Realizar reporte mensual a la subgerencia de operaciones para conciliación y envío al área encargada de cada reporte, reportando cuando no aplique la presentación de PQRSO en el periodo.	Profesional III actividades transitorias subproceso Calidad Técnico Control de Calidad Auxiliar del laboratorio Subgerente de Operaciones	10/12/2024	10/11/2025			
2.2.6	Expediente Acciones Correctivas y Planes de Mejoramiento suscritos por el subproceso, bajo la custodia, control y seguimiento del proceso de Planificación Empresarial y Gestión Integral, no se evidencia en el archivo de gestión expediente en el que reposan dichas acciones correctivas ni los planes de mejoramiento, ni sus monitores debidamente legalizados y sus respectivos soportes; tampoco se cuenta con el control a través del Formato de Lista maestra de acciones correctivas lo que no permite evidenciar el cumplimiento del control de segunda línea de defensa.	Incumplimiento del requisito 8.2.4 8.6 y 8.7 de la NTC ISO17025, el sistema de gestión institucional según el procedimiento para el control de la información documentada, el instrumento archivístico institucional TRD, la Ley de Archivos y el acuerdo 001 de febrero 29 de 2024.	1. Conformación expediente acciones correctivas y planes de mejoramiento laboratorio de calidad (Evidencia hoja de control)	Profesional III Sistemas de Gestión - Planificación Subgerente de Planificación	10/12/2024	31/03/2025			
2.2.7	No se cuenta con Expediente de Auditorías Internas y revisión por la dirección al Sistema de gestión del subproceso, las cuales deben realizarse con periodicidad anual y soportarse con los registros que soportan el debido proceso de las auditorías Internas de calidad según el procedimiento institucional de auditorías internas	Incumplimiento del requisito 8.6 y 8.9 de la NTC ISO17025, el sistema de gestión institucional según el procedimiento para el control de la información documentada, el instrumento archivístico institucional TRD, la Ley de Archivos y el acuerdo 001 de febrero 29 de 2024	1. Conformación expediente auditorías internas y revisión por la dirección (Evidencia hoja de control)	Profesional III Sistemas de Gestión - Planificación Subgerente de Planificación	10/12/2024	31/03/2025			

SISTEMA DE GESTION

Código: CGE-FR-002

Página: 1

Versión: 2

Vigente a partir de:
2022-02-06

PLAN DE MEJORAMIENTO (INDIVIDUAL/PROCESO)

PROCESO: CONTROL DE CALIDAD

RESPONSABLE (LIDER DE PROCESO):

SUBGERENTE DE OPERACIONES

FECHA SUSCRIPCIÓN DEL PLAN: 10/12/2024 FUENTE QUE GENERA EL PLAN DE MEJORAMIENTO. Marque con una x según aplique :

Evaluación de Competencias: ☐ Hallazgos Auditoría Interna: ☒ Monitoreo Plan Indicativo: ☐ Mapa de Riesgos: ☐ Mapa anticorrupción: ☐ Otro: x Cual?

No	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO/ OPORTUNIDAD DE MEJORA	RIESGO IDENTIFICADO	ACCION A IMPLEMENTAR	RESPONSABLE	TIEMPO PROGRAMADO PARA CUMPLIMIENTO DE ACCIONES (CUANDO)		MECANISMO DE SEGUIMIENTO INTERNO ADOPTADO POR LA ENTIDAD		
					INICIO	FIN	OBSERVACIÓN	%AVANCE	FECHA
3	Se identifica el Manual de Laboratorio desactualizado, el cual se registra en su versión 1 de 2016, toda vez, que la versión de la ISO 17025 vigente es la de 2017 y no la versión 2015, como enuncia dicho Manual, el documento disponible en el sistema de gestión, no se encuentra firmado por las instancias de revisión y elaboración. No se estructura el Manual con base en los requisitos aplicables, el soporte normativo se encuentra incompleto.	Se incumplen los requisitos del sistema de gestión institucional en el procedimiento de control de la información documentada, los requisitos de la NTC ISO 17025 versión vigente asociado a los requisitos 8.2, 8.3, 8.4, 8.5, 8.6, 8.7, 8.8 y 8.9 y el numeral 1.9: Organización y Gestión, de la Herramienta de verificación de estándares de calidad en salud pública laboratorios de análisis físico químico y microbiológico de aguas.	Se requiere actualización del Manual de Laboratorio que incluya revisión normativa y reestructura organizacional vigente para empleados públicos y trabajadores con sus funciones y roles respectivamente. 1. Manual actualizado 2. Acta de aprobación en CIOyD 2. Acta de aprobación CIOCI	Profesional III actividades transitorias subproceso Calidad Técnico Control de Calidad Auxiliar del laboratorio Subgerente de Operaciones	10/12/2024	10/11/2025		0	
4	No se cuenta con registros de mantenimiento preventivo, verificación ni calibración de los equipos del laboratorio vigencia 2024	Riesgos de efectación de resultados, debido al incumplimiento de condiciones ambientales, así como de la falta de mantenimiento, verificaciones y calibraciones de los equipos del subproceso. Se incumple el Plan de mantenimiento anual 2024, de igual forma se incumplen los requisitos 8.1 de la NTC ISO IEC 17025 y el numeral 3.13 de la Herramienta de Verificación de Estándares	1. Acta de seguimiento de los mantenimientos programados para 2025 con proveedor externo 2. Verificación trimestral de los historiales de equipos con observaciones relacionados en la muestra de la auditoría	Profesional III actividades transitorias subproceso Calidad Auxiliar del laboratorio Profesional II Mantenimiento Subgerente de Operaciones	10/12/2024	10/12/2025		0	
5	REGISTROS SUI - CALIDAD DE FORMATOS Y FORMULARIOS							0	
6.1	Artículo 2.4.3.2 Formulario Promedio anual de suscriptores residenciales por municipio. No se identifica en recurso compartido ni certificado SUI.	Se incumple con la calidad del registro SUI acorde con lo definido en la Resolución SSPD 48765 DE 2010.	No aplica acción, dado que el formulario no forma parte de las obligaciones de cargo al SUI del laboratorio de calidad.					0	
5.2	Artículo 2.4.3.4 Formato Registro de puntos de muestreo - Rangos 2, 3 y 4. Revisado el registro identificado como 2024 y verificado entre las actas de registro y lugares de puntos de muestreo publicados en el recurso compartido información institucional, se encuentran diferencias en los dos registros, asociados a los campos Barrio y Dirección.		1. Actualizar documento Registro Puntos de Muestreo con lo consignado en las acta de Registro de puntos de muestreo vigente.	Profesional III actividades transitorias subproceso Calidad Técnico Control de Calidad Subgerente de Operaciones Profesional III Sistemas de Gestión - Planificación	10/12/2024	30/01/2025		0	





SISTEMA DE GESTION

PLAN DE MEJORAMIENTO (INDIVIDUAL/PROCESO)

Código: CGE-FR-002

Página: 1

Versión: 2

Vigente a partir de: 2022-02-08

PROCESO: CONTROL DE CALIDAD

RESPONSABLE (LIDER DE PROCESO):

SUBGERENTE DE OPERACIONES

FECHA SUSCRIPCIÓN DEL PLAN: 10/12/2024

FUENTE QUE GENERA EL PLAN DE MEJORAMIENTO. Marque con una X según aplique :

Evaluación de Competencias: ☐ Hallazgos Auditoría Interna: ☒ Monitoreo Plan Indicativo: ☐ Mapa de Riesgos: ☐ Mapa anticorrupción: ☐ Otro: x Cual?

No	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO/ OPORTUNIDAD DE MEJORA	RIESGO IDENTIFICADO	ACCION A IMPLEMENTAR	RESPONSABLE	TIEMPO PROGRAMADO PARA CUMPLIMIENTO DE ACCIONES (CUANDO)		MECANISMO DE SEGUIMIENTO INTERNO ADOPTADO POR LA ENTIDAD		
					INICIO	FIN	OBSERVACIÓN	%AVANCE	FECHA
5.3	Artículo 2.4.3.5 Formulario Actualización de puntos de muestreo. No se identifica formulario o registro que soporte lo requerido con los campos de Estado del punto de muestreo (En operación, Inactivo, Eliminado) ni la fecha en que adquirió el estado	Se evidencia incumplimiento de los apartes afines a la presente auditoría, contenidos en la RESOLUCIÓN N° SSPD - 20101300048765 DEL 14 DE DICIEMBRE DE 2010 Y ANEXO TÉCNICO, CAPÍTULO 2.4 TÓPICO TÉCNICO OPERATIVO, SECCIÓN 2.4.3 FORMULARIOS Y FORMATOS DE REGISTRO Y REPORTE DE INFORMACIÓN CALIDAD DEL AGUA EN LA RED DE DISTRIBUCIÓN, LA RESOLUCIÓN SSPD - 20181300062185 DE 2016 Y LA RESOLUCIÓN MINSALUD No 000349 de 2017. Esta Normativa no hace parte del Neoprograma del Subproceso.	1. Acta de verificación de puntos de muestreo que incluya estado del punto	Profesional III actividades transitorias subproceso Calidad Técnico Control de Calidad Subgerente de Operaciones	10/12/2024	30/01/2025			
5.4	Artículo 2.4.3.7 Formato Acta de Actualización de la Concertación de puntos de muestreo - Rango 1, 2, 3 y 4. NO CUMPLE CALIDAD DEL REGISTRO. Lo que se encuentra reportado al SUI como acta de actualización de puntos de muestreo, corresponde al Formato del artículo 2.4.3.7 ACTA DE ACTUALIZACIÓN DE LA CONCERTACIÓN DE PUNTOS DE MUESTREO RANGOS 1,2,3 Y 4, y el documento no debe estar solo, debe estar acompañado de los 20 registros de cada punto y del plano de localización de los puntos de muestreo como lo establece el artículo 5 de la Resolución 811 de 2008, adicionalmente el parágrafo de dicho artículo establece que se debe actualizar anualmente (los registros disponibles corresponden a septiembre de 2023).		Se deben unificar los pdf para este numeral (denominados actas de actualización y actas de concertación) con la inclusión del plano para dar completitud a lo requerido. 1. Documento consolidado Formato Acta de Actualización de la Concertación de puntos de muestreo - Rango 1, 2, 3 y 4 con soportes relacionados	Profesional III actividades transitorias subproceso Calidad Técnico Control de Calidad Subgerente de Operaciones Profesional III Sistemas de Gestión - Planificación	10/12/2024	30/01/2025			
5.5	Artículo 2.4.3.16 Formato Actas de toma de muestras concertadas para Características No Obligatorias - Rango 1, 2, 3 y 4. NO CUMPLE CALIDAD DEL REGISTRO. Se reporta al SUI archivo: Actas de toma de muestras Sec. Salud 2023.pdf En la carpeta institucional solo se soporta un archivo PDF con actas de fechas de marzo a diciembre de 2023, que no identifica el tipo de características concertadas y es un único archivo.		1. Cargar en carpeta diferente las actas de toma de muestras para: - Características no obligatorias Que permita identificar el tipo de características concertadas con Secretaría de Salud para el reporte al SUI.	Profesional III actividades transitorias subproceso Calidad Técnico Control de Calidad Subgerente de Operaciones	10/12/2024	28/02/2025			
5.6	Artículo 2.4.3.18 Formato Características Especiales - Rangos 2, 3 y 4 con población atendida mayor a 10.000 habitantes. NO CUMPLE CALIDAD NI COMPLETITUD DEL REGISTRO. Teniendo en cuenta que la SSPD unifica en este artículo que se deben realizar de manera obligatoria, se encuentran celdas vacías para los campos 10, 12, 13 y 14.		1. Contratación de los análisis especiales de los campos 10,12,13 y 14.Formato Características Especiales - Rangos 2, 3 y 4 2. Reporte semestral en el formato SUI de los resultados característicos especiales para los campos 10,12,13 y 14 Formato Características Especiales - Rangos 2, 3 y 4 según requisito normativo.	Subgerencia administrativa y financiera Profesional III actividades transitorias subproceso Calidad Técnico Control de Calidad Subgerente de Operaciones	10/12/2024	10/12/2025			
5.7	Artículo 2.4.3.18 Formato Actas de toma de muestras concertadas para características especiales - Rango 1, 2, 3 y 4. NO CUMPLE CALIDAD DEL REGISTRO. Se reporta al SUI archivo: Actas de toma de muestras Sec. Salud 2023.pdf En la carpeta institucional solo se soporta un archivo PDF con actas de fechas de marzo a diciembre de 2023, que no identifica el tipo de características concertadas y es un único archivo.		1. Cargar en carpeta diferente las actas de toma de muestras para: - Características especiales Que permita identificar el tipo de características concertadas con Secretaría de Salud para el reporte al SUI.	Profesional III actividades transitorias subproceso Calidad Técnico Control de Calidad Subgerente de Operaciones	10/12/2024	30/01/2025			
5.8	FORMATO Estudio de riesgo, programas de reducción del riesgo y los planes de contingencia de los sistemas de suministro de agua para consumo humano. Cargar los planes de contingencia de los sistemas de suministro de agua para consumo humano		Actualizar el documento Estudio de riesgo, programas de reducción del riesgo y los planes de contingencia de los sistemas de suministro de agua para consumo humano y soportar aprobación en las instancias técnicas de revisión y aprobación. Resolución 0549 de 2017. Que técnicas de soporte para identificar, reducir y formular planes de contingencia por riesgos sobre la calidad del agua para consumo humano. 1. Solicitar a la autoridades sanitarias, ambientales y distrital competente la participación en la elaboración del Estudio, según lo descrito en la Resolución 0549 de 2017, para poder completar toda la información solicitada en la normatividad vigente. 2. Documento actualizado y aprobado en instancias pertinentes según recomendaciones de la auditoría 3. Evidencia de socialización del documento 4. Reporte al SUI 5. Conformación del expediente, soportado con hoja de control	Profesional III actividades transitorias subproceso Calidad Técnico Control de Calidad Subgerente de Operaciones	10/12/2024	30/03/2025			

SISTEMA DE GESTION

Código: CGE-FR-002

Página: 1

Versión: 2

Vigente a partir de:
2022-02-08

PLAN DE MEJORAMIENTO (INDIVIDUAL/PROCESO)

PROCESO: CONTROL DE CAUDAL

RESPONSABLE (LIDER DE PROCESO):

SUBGERENTE DE OPERACIONES

FECHA SUSCRIPCIÓN DEL PLAN: 10/12/2024

FUENTE QUE GENERA EL PLAN DE MEJORAMIENTO. Marque con una x según aplique :

Evaluación de Competencias: ___ Hallazgos Auditoría Interna: ___ X ___ Monitoreo Plan Indicativo: ___ Mapa de Riesgos: ___ Mapa anticorrupción: ___ Otro: x Cual?

No	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO/ OPORTUNIDAD DE MEJORA	RIESGO IDENTIFICADO	ACCION A IMPLEMENTAR	RESPONSABLE	TIEMPO PROGRAMADO PARA CUMPLIMIENTO DE ACCIONES (DÍAS)		MECANISMO DE SEGUIMIENTO INTERNO ADOPTADO POR LA ENTIDAD		
					INICIO	FIN	OBSERVACIÓN	%AVANCE	FECHA
6	Sistema de Gestión del Laboratorio, el nivel de aseguramiento es bajo, se requiere el fortalecimiento del liderazgo de la subgerencia para brindar el soporte, asesoría y monitoreo continuo del sistema de gestión del laboratorio por parte del P3 de Sistemas de Gestión asociado a actividades prioritarias como: Gestión del Riesgo, Acciones Correctivas, Plan de mejora, desviaciones, desempeño del sistema de gestión y eficacia del mismo y la revisión por la dirección; requeridos estos expedientes no son controlados por el profesional y por tal motivo no hay evidencias del nivel de cumplimiento de estas responsabilidades, cuya eficacia y efectividad impactan significativamente el desempeño del laboratorio y los resultados de verificaciones de entes de control externo y no permiten avanzar hacia el cumplimiento del objetivo estratégico organizacional de Acreditación del Laboratorio	Se materializa el incumplimiento del requisito 5.6 de la ISO IEC 17025 y el Decreto 1715 de 2017 artículo 27 numeral 4.	Realizar soporte, asesoría y monitoreo continuo del sistema de gestión del laboratorio, temas: Gestión del Riesgo, Acciones Correctivas, Plan de mejora, desviaciones, desempeño del sistema de gestión y eficacia del mismo y la revisión por la dirección, según norma ISO 17025: 2017. 1. Realizar 4 reuniones (trimestrales) con soporte, asesoría y monitoreo sobre el sistema de gestión del laboratorio.	Profesional III Sistemas de Gestión - Planificación Subgerente de Planificación	10/12/2024	10/12/2025			
7	Referenciales de cumplimiento								
7.1	La herramienta de verificación de estándares de calidad en salud pública laboratorios de análisis físico químico y microbiológico de aguas. Estándar: Superior al 80%. Nivel de cumplimiento: 78,3% NO CUMPLE, requiere adopción de medidas de mejoramiento en el marco de la auditoría interna de gestión 2024 y el ejercicio de autocontrol del proceso en la verificación constante de los referenciales normativos y su cumplimiento.	No se cumple el nivel del 80% requerido en la herramienta de verificación de estándares de calidad en salud pública laboratorios de análisis físico químico y microbiológico de aguas	Realizar control periódico de la herramienta de verificación de estándares de calidad en salud pública laboratorios de análisis físico químico y microbiológico de aguas. 1. Acta de reunión para la verificación semestral del nivel de cumplimiento de la herramienta de verificación de estándares de calidad en salud pública laboratorios de análisis físico químico y microbiológico de aguas (2 Actas de verificación con soporte de autoevaluaciones de la herramienta de verificación). 2. Validación del avance por la Sub. Planificación Empresarial.	Profesional III actividades transitorias subproceso Calidad Técnico Control de Calidad Auxiliars de planta Subgerente de Operaciones Profesional III Sistemas de Gestión - Planificación	10/12/2024	10/12/2025			
7.2	Requisitos NTC ISO IEC 17025 Estándar: cumplimiento 100% Nivel de Cumplimiento: 88% NO CUMPLE La organización determinó como uno de sus objetivos estratégicos, la Acreditación del Laboratorio, por tal motivo en la vigencia 2022 se contrató al ICONTEC para una auditoría interna que estableciera un diagnóstico y marco de referencia para iniciar el camino hacia la acreditación.	Teniendo en cuenta que los requisitos técnicos del numeral 9 no están en el alcance de la presente auditoría, de los 73 requisitos verificados, dos no aplican; de los 71 requisitos cumplen 40 y no cumplen 31.	Se requiere valorar las acciones correctivas y plan de mejoramiento vigentes con el seguimiento de la Subgerencia de planificación para el cierre de las calificaciones o no efectivas y suscripción de acciones 2025 1. Acta de reunión para la verificación semestral del nivel de cumplimiento de las acciones correctivas de la auditoría interna ICONTEC año 2022 (2 Actas de verificación). 2. Validación del avance por la Sub. Planificación Empresarial.	Profesional III actividades transitorias subproceso Calidad Técnico Control de Calidad Auxiliars de planta Subgerente de Operaciones Profesional III Sistemas de Gestión - Planificación	10/12/2024	10/12/2025			
OPORTUNIDADES DE MEJORA									
a	Teniendo en cuenta el requisito de imparcialidad contemplado en la NTC ISO IEC 17025 (4.1.1 Las actividades del laboratorio se deben llevar a cabo de una manera imparcial y estructurada, y se deben gestionar para salvaguardar la imparcialidad), aplicable al subproceso de Control de Calidad del Laboratorio, la estructura actual del subproceso no garantiza la imparcialidad del laboratorio, toda vez que la participación y liderazgo del P3 del Subproceso de producción, cliente interno del laboratorio, no garantiza dicho requisito; por tal motivo, es una necesidad teniendo en cuenta que es un objetivo estratégico la acreditación del laboratorio, el contar con un director del laboratorio que cumpla con la competencia técnica requerida y que dependa jerárquicamente de la gerencia general para la liberación y presentación de resultados del laboratorio, de igual forma, no menos importante la vinculación contractual con estabilidad al profesional responsable de ensayos microbiológicos; todo esto, buscando el fortalecimiento del subproceso en atención a los requisitos legales aplicables y continuamente verificados, por los entes de salud municipal y departamental	NA	1. Formulación a la Gerencia General de propuesta de estructura de personal para el Laboratorio de Calidad.	Subgerente de Operaciones	10/12/2024	28/02/2025			
b	Aprobar la versión en revisión y socializar con los involucrados el Procedimiento SOLICITUD DE CONTROVERSIAS DE LAS MUESTRAS DE VIGILANCIA A LA CALIDAD DEL AGUA POTABLE VZ, de tal forma que se identifiquen roles y responsabilidades para que se implemente y se constituya en una herramienta con enfoque preventivo, para evitar la materialización de riesgos asociados a sanciones por incumplimiento del IRCA, evento ya materializado en nuestra entidad.	NA	Realizar socialización del procedimiento SOLICITUD DE CONTROVERSIAS DE LAS MUESTRAS DE VIGILANCIA A LA CALIDAD DEL AGUA POTABLE 1. Acta de socialización del procedimiento	Profesional III actividades transitorias subproceso Calidad Subgerente de Operaciones	10/12/2024	28/02/2025			
c	El Manual del Laboratorio enuncia constantemente la Acreditación del Laboratorio de Control de Calidad y la organización debiera determinar si continúa siendo un objetivo estratégico y si este, seguirá siendo el enfoque de su contenido.	NA	Se requiere trasladar a la Gerencia General la oportunidad de mejora para la toma de decisiones 1. Comunicación a la Gerencia General sobre el traslado de la oportunidad de mejora para la toma de decisiones correspondientes	Profesional III actividades transitorias subproceso Calidad Subgerente de Operaciones Profesional III Planificación Operativa	10/12/2024	28/02/2025			



		SISTEMA DE GESTION					Código: CGE-FR-002		
		PLAN DE MEJORAMIENTO (INDIVIDUAL/PROCESO)					Página: 1		
							Versión: 2		
							Vigente a partir de: 2022-02-08		
PROCESO: CONTROL DE CALIDAD					RESPONSABLE (LIDER DE PROCESO):		SUBGERENTE DE OPERACIONES		
FECHA SUSCRIPCIÓN DEL PLAN: 10/12/2024 FUENTE QUE GENERA EL PLAN DE MEJORAMIENTO. Marque con una x según aplique:									
Evaluación de Competencias: ___ Hallazgos Auditoría Interna: ☒ Monitoreo Plan Indicativo: ___ Mapa de Riesgos: ___ Mapa anticorrupción: ___ Otro: x Cual?									
No	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO/ OPORTUNIDAD DE MEJORA	RIESGO IDENTIFICADO	ACCION A IMPLEMENTAR	RESPONSABLE	TIEMPO PROGRAMADO PARA CUMPLIMIENTO DE ACCIONES (CUANDO)		MECANISMO DE SEGUIMIENTO INTERNO ADOPTADO POR LA ENTIDAD		
					INICIO	FIN	OBSERVACIÓN	%AVANCE	FECHA
d	Teniendo en cuenta la plataforma estratégica institucional y que es un objetivo estratégico la acreditación del Laboratorio, se reitera la recomendación de control de gestión de vincular a la planta de trabajadores oficiales al subproceso del laboratorio, un profesional en Químico como director, así como el profesional microbiólogo o bacteriólogo con la experiencia requerida en la normativa vigente.	NA	1. Formulación a la Gerencia General de propuesta de estructura de personal para el Laboratorio de Calidad.	Subgerente de Operaciones	10/12/2024	28/02/2025			
e	Teniendo en cuenta lo establecido en el Decreto 1575 de 2007: "... Artículo 27. Requisitos mínimos para la autorización de los laboratorios que realizan análisis de agua para consumo humano. Sin perjuicio de los demás requisitos exigidos por las demás autoridades competentes, el Ministerio de la Protección Social autorizará anualmente a los laboratorios que pueden realizar los análisis físicos, químicos o microbiológicos al agua para consumo humano, tanto para control como para vigilancia y diagnóstico general, los cuales deben cumplir como mínimo, con los siguientes requisitos: ...4. Tener implementado un Sistema de Gestión de la Calidad y Acreditación por Pruebas de Ensayo ante entidades nacionales o internacionales que otorguen dicho reconocimiento. Parágrafo. Los laboratorios que realicen análisis físicos, químicos y microbiológicos al agua para consumo humano, tendrán un plazo de dos (2) años para implementar el Sistema de Gestión de la Calidad y Acreditación por Pruebas de Ensayo, contados a partir de la fecha de publicación del presente decreto...; los resultados de la presente auditoría no evidencian la implementación de un sistema de gestión que cumpla con los requisitos mínimos tal y como establece la ISO IEC 17016: 8.1.2 Opción A Como mínimo, un sistema de gestión del laboratorio debe tratar lo siguiente: los requisitos - la documentación del sistema de gestión (véase 8.2); - el control de documentos del sistema de gestión (véase 8.3); - el control de registros (véase 8.4); - las acciones para considerar los riesgos y oportunidades (véase 8.6); - la mejora (véase 8.8); - las acciones correctivas (véase 8.7); - las auditorías internas (véase 8.9); - las revisiones por la dirección (véase 8.9), no se cumplen, lo que evidencia los incumplimientos reportados en las observaciones del presente informe preliminar y un nivel bajo de aseguramiento de la segunda línea de defensa	NA	Realizar soporte, asesoría y monitoreo continuo del sistema de gestión del laboratorio, temas: Gestión del Riesgo, Acciones Correctivas, Plan de mejora, desviaciones, desempeño del sistema de gestión y eficacia del mismo y la revisión por la dirección, según norma ISO 17025: 2017. 1. Realizar 4 reuniones (trimestrales) con soporte, asesoría y monitoreo sobre el sistema de gestión del laboratorio.	Profesional III Sistema de Gestión - Planificación Subgerente de Planificación	10/12/2024	10/12/2025			
f	El formato de INDUCCIÓN, ENTRENAMIENTO Y REINDUCCIÓN DEL PERSONAL DEL LABORATORIO DE CONTROL DE CALIDAD aprobado en 2024, no se encuentra registrado en las Historias laborales ni el en expediente contractual del contratista. Se cuenta con registro de inducción de todos los trabajadores oficiales, la reinducción está programada para diciembre de 2024. Se requiere implementar los formatos adoptados.	NA	1. Actualizar formato de INDUCCIÓN, ENTRENAMIENTO Y REINDUCCIÓN DEL PERSONAL DEL LABORATORIO DE CONTROL DE CALIDAD aprobado en 2024. 2. Aprobación del formato en el Comité de Gestión y Desempeño - CIG&D. 3. Formatos de INDUCCIÓN, ENTRENAMIENTO Y REINDUCCIÓN DEL PERSONAL DEL LABORATORIO DE CONTROL DE CALIDAD diligenciados. 4. Evidencia de traslado a Historias laborales y expediente contractual de personal del laboratorio	Profesional III actividades transitorias subproceso Calidad Técnicos del laboratorio Auxiliares del laboratorio Subgerente de Operaciones	10/12/2024	30/06/2025			



SISTEMA DE GESTION

Código: CGE-FR-002

Página: 1

Versión: 2

Vigente a partir de:
2022-02-08

PLAN DE MEJORAMIENTO (INDIVIDUAL/PROCESO)

PROCESO: CONTROL DE CALIDAD

RESPONSABLE (LIDER DE PROCESO):

SUBGERENTE DE OPERACIONES

FECHA SUSCRIPCIÓN DEL PLAN: 10/12/2024

FUENTE QUE GENERA EL PLAN DE MEJORAMIENTO. Marque con una x según aplique:

Evaluación de Competencias: ___ Hallazgos Auditoría Interna: ☒ Monitoreo Plan Indicativo: ___ Mapa de Riesgos: ___ Mapa anticorrupción: ___ Otro: x Cual?

No	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO/ OPORTUNIDAD DE MEJORA	RIESGO IDENTIFICADO	ACCION A IMPLEMENTAR	RESPONSABLE	TIEMPO PROGRAMADO PARA CUMPLIMIENTO DE ACCIONES (CURR)O		MECANISMO DE SEGUIMIENTO INTERNO ADOPTADO POR LA ENTIDAD		
					INICIO	FIN	OBSERVACIÓN	%AVANCE	FECHA
a	Teniendo en cuenta la importancia de la capacitación, formación y entrenamiento del personal involucrado en las actividades del laboratorio de control de calidad, se debe propender por dar cumplimiento a la capacitación, formación, inducción, entrenamiento y reintroducción a todo el personal y dejar evidencia en el expediente que corresponda. Este monitoreo debe hacer parte del rol de autocontrol en primera línea de defensa de los profesionales del laboratorio, del rol de gerencia operativa la Subgerencia de Operaciones y el rol de asesoría y acompañamiento de la segunda línea de defensa para los sistemas de gestión institucional la Subgerencia de planificación/profesional II sistemas de gestión. El proceso de talento humano aporta un avance de las capacitaciones programadas para este subproceso del 75% a corte junio de 2024, ya que de las cuatro establecidas, la técnica Yirani Stelia Flores soporta tres capacitaciones en el primer semestre, sin embargo no se evidencian registros para el resto del personal y a efectos de los requisitos del laboratorio todos los trabajadores deben soportar fortalecimiento de la formación, se recomienda asistir como mínimo a las capacitaciones virtuales y gratuitas del Ikonet, con base en nuestra afiliación vigente.	NA	Identificación de las necesidades de capacitación del laboratorio e inclusión en el plan de capacitaciones de la empresa. Asegurar recursos para la ejecución de las capacitaciones del personal del laboratorio. Entregable: Soporte de pago de las capacitaciones. Realizar seguimiento semestral a las capacitaciones programadas para el personal de laboratorio, como mínimo evidenciar capacitaciones virtuales gratuitas. (2 actas de seguimiento)	Profesional III actividades transitorias subproceso Calidad Técnico del laboratorio Auxiliares del laboratorio Subgerente de Operaciones Subgerente Administrativo y Financiero	10/12/2024	10/12/2025			
h	Se requiere lograr la imparcialidad del laboratorio, destilando al profesional III de producción del soporte que actualmente brinda el laboratorio, se recomienda revisar la vinculación de un químico director del laboratorio, que permita un liderazgo independiente de la Subgerencia de Operaciones.	NA	1. Formulación a la Gerencia General de propuesta de estructura de personal para el Laboratorio de Calidad.	Subgerente de Operaciones	10/12/2024	28/02/2025			
i	Se requiere programar mínima una capacitación anual sobre el Sistema de Gestión Institucional, liderado por el Profesional II de sistemas de gestión de la Subgerencia de Planificación con el soporte de la gestión de SGSST, ambiental e ISO IEC 17025.	NA	Jornada de capacitación anual al personal del laboratorio anual sobre el Sistema de Gestión Institucional con el soporte de la gestión de SGSST, ambiental e ISO IEC 17025.	Profesional III Sistemas de Gestión - Planificación Subgerente de Planificación	10/12/2024	30/05/2025			
j	Se mantiene la recomendación de la última visita de la secretaría Departamental de Salud sobre la inclusión de indicadores técnicos y su medición y seguimiento.	NA	1. Acta de revisión de la recomendación para inclusión de indicadores técnicos, su medición y seguimiento.	Profesional III actividades transitorias subproceso Calidad Técnico del laboratorio Subgerente de Operaciones Profesional III Planificación Operativa	10/12/2024	30/03/2025			
k	Se recibió copia de requerimientos del laboratorio a los cuales a la fecha del presente informe no se les ha dado 100% de cumplimiento.	NA	1. Acta de revisión de los requerimientos de laboratorio y acciones a seguir para su cumplimiento	Profesional III actividades transitorias subproceso Calidad Técnico del laboratorio Subgerente de Operaciones Profesional III Planificación Operativa	10/12/2024	30/03/2025			
l	Con base en el rol asignado a las Oficinas asesoras jurídicas por el AGN: Analizar la normatividad jurídica en cuanto a información secreta, de reservada y confidencial para garantizar que los datos se puedan publicar, se recomienda revisar en el instrumento Activos de Información de la entidad, si la clasificación de los registros del laboratorio se ajusta a lo establecido normativamente.	NA	1. Acta de revisión del instrumentos de gestión pública (formato integrado) definiendo si la clasificación de los registros de laboratorio se ajusta a lo establecido normativamente	Profesional III actividades transitorias subproceso Calidad Técnico del laboratorio Subgerente de Operaciones Profesional III Planificación Operativa Secretaría General Subgerente administrativo y financiero Profesional III Sistemas de información	10/12/2024	30/05/2025			

	SISTEMA DE GESTION						Código: CGE-FR-002		
							Página: 1		
	PLAN DE MEJORAMIENTO (INDIVIDUAL/PROCESO)						Versión: 2		
							Vigente a partir de: 2022-02-08		
PROCESO: CONTROL DE CALIDAD				RESPONSABLE (LIDER DE PROCESO):		SUBGERENTE DE OPERACIONES			
FECHA SUSCRIPCIÓN DEL PLAN: 10/12/2024 FUENTE QUE GENERA EL PLAN DE MEJORAMIENTO. Marque con una x según aplique :									
Evaluación de Competencias: ☐ Hallazgos Auditoría interna: ☒ Monitoreo Plan Indicativo: ☐ Mapa de Riesgos: ☐ Mapa anti/corrupción: ☐ Otro: x Cual?									
No	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO/ OPORTUNIDAD DE MEJORA	RIESGO IDENTIFICADO	ACCION A IMPLEMENTAR	RESPONSABLE	TIEMPO PROGRAMADO PARA CUMPLIMIENTO DE ACCIONES (CUANDO)		MECANISMO DE SEGUIMIENTO INTERNO ADOPTADO POR LA ENTIDAD		
					INICIO	FIN	OBSERVACIÓN	%AVANCE	FECHA
m	Adoptar la Política de Seguridad de la información, tal y como lo establece el AGN: Sistemas de Información o quien haga sus veces debiera dirigir el diseño de la Política de Seguridad de la información, para preservar la confidencialidad, integridad y disponibilidad de sus activos de información, los servicios, las tecnologías de información incluidos el hardware y el software, las personas (Funcionarios, contratistas y/o terceros) y la imagen de la Entidad.	NA	Realizar revisión de la oportunidad de mejora para adoptar la Política de Seguridad de la Información y establecer las responsabilidades en su formulación y adopción vinculando al proceso de Gestión Informática 1. Acta de revisión de la oportunidad de mejora y acciones a realizar	Profesional III actividades transitorias subproceso Calidad Técnico del laboratorio Subgerente de Operaciones Profesional III Planificación Operativa Subgerente administrativo y financiero Profesional III Sistemas de Información	10/12/2024	30/11/2025			
n	Teniendo en cuenta argumentos como el no estar incluidos los registros en la TRD vigente, manifiesta la auditoría que teniendo en cuenta que estos registros obedecen a requisitos del referencial normativo deben existir los registros y hacer parte de la actualización de la TRD como responsabilidad del subproceso, la cual debe remitirse para consolidación de la Subgerencia de Operaciones y remisión definitiva al proceso de gestión documental.	NA	Realizar revisión de la TRD propuesta para el subproceso Control de Calidad e informar ajustes pertinentes al proceso Gestión Documental 1. Acta de revisión de la TRD para determinar si se requiere modificación adicional a la ya remitida al al proceso Gestión Documental y TRD ACTUALIZADA por Comité de Gestión y Desempeño.	Profesional III actividades transitorias subproceso Calidad Técnico del laboratorio Subgerente de Operaciones Profesional III Planificación Operativa	10/12/2024	28/02/2025			
o	Matriz de riesgos. Se identifica un documento de matriz de riesgos de fecha 14 de Junio de 2024, en la cual se identifican 15 riesgos y se priorizan 4, con fecha final de implementación de controles 30 de Noviembre. Sin embargo no hay apertura expediente, y no se cumple con el monitoreo trimestral esperado tal y como lo establece la política institucional. Con el Informe de auditoría se evidencia la materialización de los riesgos identificados, teniendo en cuenta que los controles enunciados para el riesgo inherente, en la auditoría se evidencia, que tampoco se cumplen. Se debe realizar nuevamente el ejercicio de riesgos para 2025, de tal forma que se articule al mapa de riesgos institucional 2025 y se monitoreen los riesgos priorizados por las segunda y tercera líneas de defensa. Se recomienda tener en cuenta la nota incluida en el requisito 4.1.4 de la ISO IEC 17025.	NA	1. Formulación y aprobación del mapa de riesgo del laboratorio año 2025 con base en la política institucional y la NTC ISO IEC 17025, revisar formatos de identificación de la política 2. Tres monitoreos del mapa de riesgos de laboratorio por parte de la Subgerencia de Planificación.	1. Profesional III actividades transitorias subproceso Calidad Técnico Control de Calidad Subgerente de Operaciones Profesional III Sistemas de Gestión 2. Profesional III Sistemas de Gestión	10/12/2024 2/1/2025	28/02/2025 10/12/2025			
p	Teniendo en cuenta que la lista de chequeos de bioseguridad remitida por el departamento, solicita estado de vacunación de los servidores del laboratorio, se requiere, que cada uno gestione ante su EPS la expedición del respectivo carné, en caso de no contar con el y presentar a SST de la empresa para verificación.	NA	Evidenciar estado de vacunación de los servidores del laboratorio, se requiere, que cada uno gestione ante su EPS la expedición del respectivo carné, en caso de no contar con el y presentar a SST de la empresa para verificación. 1. Soporte de verificación de vacunación del personal del laboratorio 2. Evidencia de reporte a SST para la respectiva verificación	Profesional III actividades transitorias subproceso Calidad Técnico Control Calidad Auxiliares del laboratorio Subgerente de Operaciones	10/12/2024	30/03/2025			



SISTEMA DE GESTION

Código: CGE-FR-002

Página: 1

Versión: 2

Vigente a partir de:
2022-02-08

PLAN DE MEJORAMIENTO (INDIVIDUAL/PROCESO)

PROCESO: CONTROL DE CALIDAD

RESPONSABLE (LIDER DE PROCESO):

SUBGERENTE DE OPERACIONES

FECHA SUSCRIPCIÓN DEL PLAN: 10/12/2024

FUENTE QUE GENERA EL PLAN DE MEJORAMIENTO. Marque con una x según aplique:

Evaluación de Competencias: ☐ Hallazgos Auditoría Interna: ☒ Monitoreo Plan Indicativo: ☐ Mapa de Riesgos: ☐ Mapa anticorrupción: ☐ Otro: a Cual?

No	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO/ OPORTUNIDAD DE MEJORA	RIESGO IDENTIFICADO	ACCION A IMPLEMENTAR	RESPONSABLE	TIEMPO PROGRAMADO PARA CUMPLIMIENTO DE ACCIONES (CUANDO)		MECANISMO DE SEGUIMIENTO INTERNO ADOPTADO POR LA ENTIDAD		
					INICIO	FIN	OBSERVACIÓN	%AVANCE	FECHA
q	No se evidencia retroalimentación del proveedor externo de las actividades de mantenimiento, verificación y calibración de equipos del laboratorio a los servidores del laboratorio, se recomienda incluir en el contrato un ejercicio de reinducción y entrenamiento en el cuidado y manejo de los equipos así como de los resultados como retroalimentación para la mejora.	NA	Incluir en el contrato de mantenimiento, verificación y calibración de equipos del laboratorio vigencia 2025 un ejercicio de reinducción y entrenamiento en el cuidado, rutinas diarias y manejo de los equipos así como de los resultados como retroalimentación para la mejora. 1. Estudio de conveniencia con el requerimiento de reinducción y entrenamiento 2. Informe soporte ejecución del requerimiento de reinducción y entrenamiento	Profesional III actividades transitorias subproceso Calidad Técnico de laboratorio Subgerente de Operaciones	10/12/2024	10/12/2025			

AVANCE TOTAL 0

Ing. Ingrid Escudero Gonzalez - Subgerente de Operaciones

Ing. Julio Gordillo Carreño - Subgerente de Planificación Empresarial

Ing. Reinaldo Gomez Rodriguez - Subgerente Administrativo y Financiero

Doc. Erika Jimena Osorio Cardona - Secretaria General

Ing. Rafael Lagre Gomez - Profesional III Sistemas

Ing. Carmen Arismendi Solano - Profesional III Ambiental

Ing. Pablo Reguera Perez - Profesional III con funciones Control Calidad

Ing. Hernan Hernandez - Profesional III Sistemas de Gestión

Ing. Jorge Quintero - Profesional III Mantenimiento

Ing. Luz Mileidy Diaz G - Profesional III Planificación Operativa

Ing. Yurani Florez Tolosa - Técnico Control de Calidad

Mildred Torres Tellez - Auxiliar del Laboratorio

Alex Lopez Serrano

Alexander Lopez Serrano - Auxiliar del Laboratorio