

	GOBERNACIÓN DEL TOLIMA SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		CÓDIGO: INS-PD-001
			VERSIÓN: 01
	PROCESO	PLANEACIÓN ESTRATÉGICA Y DEL DESARROLLO	PÁG. 1 DE 16
FORMATO ÚNICO DE CARGUE DE INFORMACIÓN- EJECUTOR TOLIMA.			VIGENTE DESDE: 28/06/2022

FORMATO ÚNICO DE CARGUE

CÓDIGO DE META	NOMBRE DE LA META	INDICADOR DE PRODUCTO	TIPO DE INDICADOR
P1S19MP9	Un laboratorio de Salud Pública fortalecido para su funcionamiento y condiciones de acreditación	Numero de Laboratorios	Sostenimiento

META PROGRAMADA VIGENCIA	AVANCE A LA FECHA*	META CUATRIENIO
1	1	1

– *: De acuerdo a la unidad de medida del indicador de la meta.

Nota: En relación a lo establecido en el sistema de evaluación y seguimiento Ejecutor.

Dependencia responsable: secretaria de Salud- Dirección de Salud Publica

Fecha del reporte: 07 de julio de 2025

Periodo de reporte: 01/01/2025 al 07/07/2025

Tipo de soporte:

TIPO DE SOPORTE	
FOTOGRAFICO	X
VIDEO	
CONTRATO / CONVENIO	
ACTA	
OFICIO	
OTRO ¿CUÁL? Informe	X

Beneficiados: (Especifique por tipo de beneficiados y enumere cuantos son / solo si aplica)

BENEFICIADOS	CUANTOS
PERSONAS	
FAMILIAS	
MUNICIPIOS	47
INSTITUCIONES EDUCATIVAS	
HOSPITALES	
ASOCIACIONES	
OTRO ¿CUÁL?	

Enfoque diferencial y territorial: (Especifique de acuerdo al enfoque diferencial y territorial para los beneficiados y enumere cuantos son / solo si aplica)

ENFOQUE DIFERENCIAL Y TERRITORIAL	CATEGORÍA	CUANTOS
TERRITORIAL	URBANO	-
	RURAL	-

	GOBERNACIÓN DEL TOLIMA SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		CÓDIGO: INS-PD-001
			VERSIÓN: 01
	PROCESO	PLANEACIÓN ESTRATÉGICA Y DEL DESARROLLO	PÁG. 2 DE 16
FORMATO ÚNICO DE CARGUE DE INFORMACIÓN- EJECUTOR TOLIMA.			VIGENTE DESDE: 28/06/2022

ÉTNICO	INDÍGENA	-
	AFRO	-
	RROM	-
SEXO	HOMBRE	-
	MUJER	-
CICLO VITAL	(0 – 5 AÑOS)	-
	(6 – 11 AÑOS)	-
	(12-17 AÑOS)	-
	(18 A 28 AÑOS)	-
	(29 A 59 AÑOS)	-
	(MAYOR DE 60 AÑOS)	-
OTRAS SITUACIONES DIFERENCIALES	PERSONAS CON DISCAPACIDAD	-
	VICTIMAS DEL CONFLICTO	-
	JEFATURA DE HOGAR	-
	EXTREMA POBREZA	-
	DESMOVILIZADO	-
	LGBTIQ+	-
	OTRO ¿CUÁL?	-

Nota: Se debe aclarar que la suma del total de beneficiarios no equivale al total de la población con enfoque diferencial, ya que un beneficiado puede pertenecer a más de un enfoque diferencial.

1. REPORTE DE ACTIVIDADES:

Durante el periodo evaluado, el Laboratorio de Salud Pública del Tolima desarrolló una serie de actividades técnicas y administrativas orientadas al aseguramiento de la calidad en los procesos analíticos, el cumplimiento normativo y el fortalecimiento de su capacidad operativa y de acreditación, conforme a los lineamientos de la norma ISO/IEC 17025.

El Programa de Fortalecimiento del Laboratorio de Salud Pública del Tolima es una estrategia integral y continúa orientada a consolidar la capacidad técnica, analítica, operativa y de gestión del laboratorio. Su finalidad es garantizar diagnósticos confiables, oportunos y seguros que respalden las acciones de vigilancia en salud pública, en cumplimiento de estándares nacionales e internacionales, como la norma ISO/IEC 17025.

Este programa busca fortalecer de manera integral el Laboratorio de Salud Pública del Tolima para consolidarlo como un centro de referencia regional y nacional en vigilancia sanitaria. Lo anterior se logrará mediante la mejora continua de los procesos analíticos, la sostenibilidad del sistema de gestión de calidad, y el desarrollo de capacidades técnicas y operativas en toda la Red Departamental de Laboratorios, asegurando así un servicio analítico eficiente, trazable y alineado con las necesidades de salud pública del territorio.

Ejes estratégicos:

1. Calidad analítica y aseguramiento metrológico

- ✚ Control de calidad interno.
- ✚ Calibración y verificación de equipos críticos.
- ✚ Cumplimiento de criterios técnicos del personal.
- ✚ Uso de procedimientos validados y trazables.

	GOBERNACIÓN DEL TOLIMA SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		CÓDIGO: INS-PD-001
			VERSIÓN: 01
	PROCESO	PLANEACIÓN ESTRATÉGICA Y DEL DESARROLLO	PÁG. 3 DE 16
	FORMATO ÚNICO DE CARGUE DE INFORMACIÓN- EJECUTOR TOLIMA.		VIGENTE DESDE: 28/06/2022

2. Capacidad diagnóstica en salud pública

- ✚ Ejecución del 100% de las pruebas recibidas (microbiológicas, fisicoquímicas, entomológicas).
- ✚ Disponibilidad oportuna de insumos y equipos.

3. Acreditación y mejora continua

- ✚ Mantenimiento y ampliación del alcance de la acreditación ISO/IEC 17025.
- ✚ Auditorías internas y externas para garantizar el cumplimiento normativo.

4. Gestión ambiental

- ✚ Manejo adecuado de residuos peligrosos conforme al PGIRH y la normatividad ambiental.

5. Bioseguridad y transporte especializado

- ✚ Transporte seguro de sustancias infecciosas (Categorías A y B).
- ✚ Cumplimiento de normativa nacional e internacional en embalaje, custodia y trazabilidad.

6. Red departamental y fortalecimiento territorial

- ✚ Visitas de verificación de estándares de calidad a laboratorios municipales.
- ✚ Asistencias técnicas periódicas para estandarización de procesos y fortalecimiento del talento humano.

7. Evaluación y reconocimiento del desempeño

- ✚ Auditorías en estándares de calidad, bioseguridad, biocustodia y bicontención con altos puntajes obtenidos.

No.	ACTIVIDAD
1	Durante el periodo reportado, el Laboratorio de Salud Pública del Tolima realizó el control de calidad y diagnóstico de 4.544 muestras remitidas, asegurando el cumplimiento de los requisitos técnicos establecidos en su Sistema de Gestión de Calidad, conforme a los lineamientos de la norma ISO/IEC 17025.
2	Se mantiene la acreditación otorgada por la ONAC, respaldando la competencia técnica del laboratorio.
3	Gestión ambiental y bioseguridad Se mantuvo activa la gestión integral de residuos peligrosos y el transporte especializado de sustancias infecciosas bajo normativa vigente.
4	Auditoría de Estándares de Calidad según la Resolución 1619 de 2015 y de Estándares de Bioseguridad, Biocustodia y Bicontención Fecha: 17 al 20 de junio de 2025 En el marco de la auditoría de Estándares de Calidad y Bioseguridad, Biocustodia y Bicontención (BBB), el Laboratorio de Salud Pública del Tolima obtuvo calificaciones destacadas de 90,3% y 84%, respectivamente.

	GOBERNACIÓN DEL TOLIMA SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		CÓDIGO: INS-PD-001
			VERSIÓN: 01
	PROCESO	PLANEACIÓN ESTRATÉGICA Y DEL DESARROLLO	PÁG. 4 DE 16
FORMATO ÚNICO DE CARGUE DE INFORMACIÓN- EJECUTOR TOLIMA.			VIGENTE DESDE: 28/06/2022

	<p>Este reconocimiento es reflejo del compromiso técnico, científico y humano de todo el equipo de trabajo, así como del esfuerzo institucional por mantener altos estándares en los procesos analíticos y de vigilancia en salud pública. El laboratorio reafirma así su papel estratégico en la detección oportuna de riesgos sanitarios, el apoyo a la toma de decisiones epidemiológicas, y la protección de la salud de la población tolimense.</p> <p>Anexo informes de auditorías.</p>
5	<p>Fortalecimiento de capacidades técnicas:</p> <p>Participación activa en capacitaciones lideradas por el Instituto Nacional de Salud (INS) para Brote de Fiebre Amarilla y Diagnóstico de Leptospira.</p> <p>Capacitación en Biología Molecular para el Diagnóstico de Fiebre Amarilla Fecha: 19 al 23 de mayo de 2025 Lugar: Instituto Nacional de Salud – Laboratorio de Virología</p> <p>Durante el periodo del 19 al 23 de mayo de 2025, personal del Laboratorio de Salud Pública del Tolima participó en una capacitación especializada en biología molecular, orientada al fortalecimiento de capacidades diagnósticas en enfermedades virales, con énfasis en fiebre amarilla.</p> <p>Capacitación en detección del virus de Fiebre Amarilla en mosquitos Fecha: 09 al 13 de 2025 Lugar: Instituto Nacional de Salud – Laboratorio de Virología</p> <p>Entre las acciones de importancia para el departamento el equipo de entomología del LSPT, asistió a capacitación técnica en detección del virus de Fiebre Amarilla en mosquitos por parte del Instituto Nacional de Salud, Organización panamericana de la Salud y el Ministerio de salud, en la ciudad de Bogotá. un gran avance para la investigación y detección temprana del virus de fiebre amarilla.</p>
6	<p>Incremento de la Vigilancia entomológica en zonas de riesgo</p> <p>Se fortaleció la vigilancia entomológica en municipios afectados por enfermedades transmitidas por vectores como fiebre amarilla y dengue, mediante el incremento de visitas técnicas y actividades de campo. Como parte de este fortalecimiento, se capacitó al personal en la captura de mosquitos utilizando medios shield para la detección molecular del virus de fiebre amarilla, así como para la identificación de vectores implicados.</p> <p>Adicionalmente, se realizó formación continua en eventos de interés en salud pública tales como Chagas, rickettsiosis, leishmaniasis, dengue y fiebre amarilla.</p> <p>También se desarrolló la prueba de resistencia a insecticidas en municipios con presencia de brotes activos de fiebre amarilla y dengue, en articulación con el Instituto Nacional de Salud (INS), lo cual permitió orientar acciones de control vectorial más eficaces.</p> <p>Se destacó la oportuna entrega de resultados ante epizootias en el departamento, y la elaboración de mapas de distribución vectorial que permitieron la identificación de</p>

	GOBERNACIÓN DEL TOLIMA SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		CÓDIGO: INS-PD-001
			VERSIÓN: 01
	PROCESO	PLANEACIÓN ESTRATÉGICA Y DEL DESARROLLO	PÁG. 5 DE 16
FORMATO ÚNICO DE CARGUE DE INFORMACIÓN- EJECUTOR TOLIMA.			VIGENTE DESDE: 28/06/2022

	corredores biológicos clave para la vigilancia activa y detección temprana de posibles casos.
7	<p>Visita Técnica de Verificación de Estándares de Bioseguridad a la Red Departamental</p> <p>El 15 de mayo de 2025, el Laboratorio de Salud Pública del Tolima realizó una visita técnica de verificación de estándares de bioseguridad a laboratorios integrantes de la Red Departamental de Laboratorios, en cumplimiento de los lineamientos establecidos por el Instituto Nacional de Salud y en el marco del fortalecimiento continuo de la red.</p> <p>Objetivos de la visita:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar las condiciones de bioseguridad, biocustodia y bicontención en los laboratorios inspeccionados. • Verificar el cumplimiento de los requisitos técnicos, administrativos e infraestructurales establecidos por la normativa vigente. • Aplicar las herramientas oficiales de evaluación definidas por el INS, con el fin de generar conceptos técnicos sobre el estado actual de los laboratorios. • Brindar orientación técnica y acompañamiento para la implementación de planes de mejora institucional, promoviendo el fortalecimiento operativo y la gestión del riesgo biológico.
8	<p>Visitas de Estándares de Calidad a la Red Departamental de Laboratorios.</p> <p>Corte al: 6 de junio de 2025 Total, de visitas realizadas: 28</p> <p>El Laboratorio de Salud Pública del Tolima ha realizado un total de 28 visitas técnicas a laboratorios integrantes de la Red Departamental de Laboratorios, en el marco de las acciones de verificación de estándares de calidad establecidas en la Resolución 1619 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social.</p>

2. LOCALIZACIÓN (inversión focalizada)

MUNICIPIO	BIEN Y SERVICIO	VALOR * RP**
Tolima	Servicio de análisis de laboratorio	1.835.340.842

- *: solo si aplica.
- RP*: registro presupuestal.

3. Evidencias

Se anexa informes de auditorías, indicadores de muestras y soportes fotográficos de las actividades realizadas.

Dependencia: secretaria de Salud del Tolima



Reportado por: Axel Lombardo Ramírez Rivera
Subdirector Laboratorio de Salud Pública - Responsable de la Met

	GOBERNACIÓN DEL TOLIMA SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		CÓDIGO: INS-PD-001
			VERSIÓN: 01
	PROCESO	PLANEACIÓN ESTRATÉGICA Y DEL DESARROLLO	PÁG. 6 DE 16
	FORMATO ÚNICO DE CARGUE DE INFORMACIÓN- EJECUTOR TOLIMA.		VIGENTE DESDE: 28/06/2022

Cargado por: Axel Lombardo Ramírez

ANEXOS

Actividad No. 1

MATRIZ NÚMERO DE MUESTRAS RECEPCIONADAS Y PROCESADAS POR EVENTO LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA AÑO 2025.

AREA	SUB AREA	EVENTO	Parcial 2025
VEISP	Genética	Hipotiroidismo congénito	223
VEISP	Micobacterias	Tuberculosis	10
VEISP	Parasitología	Malaria	32
VEISP	Microbiología	Leptospirosis EEID	14
VEISP	Micobacterias	Lepra	3
VEISP	Parasitología	Leishmaniasis cutánea	23
VEISP	Parasitología	Leishmaniasis visceral	0
VEISP	Microbiología	ETS N gonorrhoeae	11
VEISP	Virología	Dengue NS1	364
VEISP	Virología	Dengue EEID	81
VEISP	Parasitología	Chagas	6
VEISP	Virología	Covid-19 Diagnóstico PPNA	0
VEISP	Virología	Covid-19 EEID	0
VEISP	Virología	Viruela símica	0
VEISP	Virología	ITS-VIH	30
VEISP	Citología	Citología vaginal	0
VEISP	Virología	Hepatitis A	0
VEISP	Virología	Hepatitis B (Core AntiHBc)	4
VEISP	Virología	Hepatitis B HBsAg	49
VEISP	Virología	Hepatitis C	14
VEISP	Hemovigilancia	Hemovigilancia	315
VFRAC	A fisicoquímico aguas	Análisis fisicoquímico agua consumo humano	571
VFRAC	A fisicoquímico de alimentos	Análisis fisicoquímico alimentos	0
VFRAC	A fisicoquímico bebidas	Análisis fisicoquímico de bebidas	0
VFRAC	A micro aguas	Análisis microbiológico agua consumo humano	602
VFRAC	A Micro alimentos	Análisis microbiológico Alimentos	51
VFRAC	Entomología	Identificación taxonómica de vectores	514
VEISP	Microbiología	Tosferina	15

	GOBERNACIÓN DEL TOLIMA SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		CÓDIGO: INS-PD-001
			VERSIÓN: 01
	PROCESO	PLANEACIÓN ESTRATÉGICA Y DEL DESARROLLO	PÁG. 7 DE 16
FORMATO ÚNICO DE CARGUE DE INFORMACIÓN- EJECUTOR TOLIMA.			VIGENTE DESDE: 28/06/2022

VEISP	Virología	IRAG centinela	125
VEISP	Microbiología	Sífilis treponémica	28
VEISP	Microbiología	Sífilis no treponémica	44
VEISP	Microbiología	Resistencia Bacteriana	69
VEISP	Microbiología	Leptospirosis (R/C)	59
VEISP	Microbiología	EDA/ETA	15
VEISP	Microbiología	Meningitis (R/C)	4
VEISP	Virología	Sarampión/Rubeola (R/C)	6
VEISP	Virología	Parálisis flácida (R/C)	1
VEISP	Virología	Fiebre amarilla (R/C)	882
VEISP	Virología- Microbiología	Mortalidades de EISP (R/C)	32
VEISP	Virología- Microbiología	Autopsias Mortalidades EISP (R/C)	41
		Focos Chagas	306
		TOTAL	4544

Fuente: Base de datos Laboratorio de Salud Pública del Tolima 2025

Actividad No. 5 Fortalecimiento de capacidades técnicas

Capacitación en Biología Molecular para el Diagnóstico de Fiebre Amarilla

Fecha: 19 al 23 de mayo de 2025

Lugar: Instituto Nacional de Salud – Laboratorio de Virología



	GOBERNACIÓN DEL TOLIMA SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		CÓDIGO: INS-PD-001
	PROCESO	PLANEACIÓN ESTRATÉGICA Y DEL DESARROLLO	VERSIÓN: 01
	FORMATO ÚNICO DE CARGUE DE INFORMACIÓN- EJECUTOR TOLIMA.		PÁG. 8 DE 16
			VIGENTE DESDE: 28/06/2022



Capacitación en detección del virus de Fiebre Amarilla en mosquitos
Fecha: 09 al 13 de junio de 2025
Lugar: Instituto Nacional de Salud





GOBERNACIÓN DEL TOLIMA
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

CÓDIGO:
INS-PD-001

VERSIÓN: 01

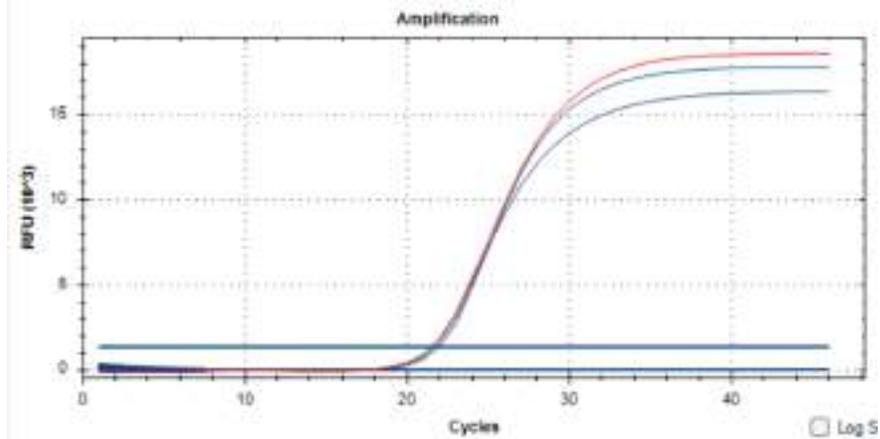
PROCESO

PLANEACIÓN ESTRATÉGICA Y DEL
DESARROLLO

PÁG. 9 DE 16

FORMATO ÚNICO DE CARGUE DE INFORMACIÓN-
EJECUTOR TOLIMA.

VIGENTE DESDE:
28/06/2022



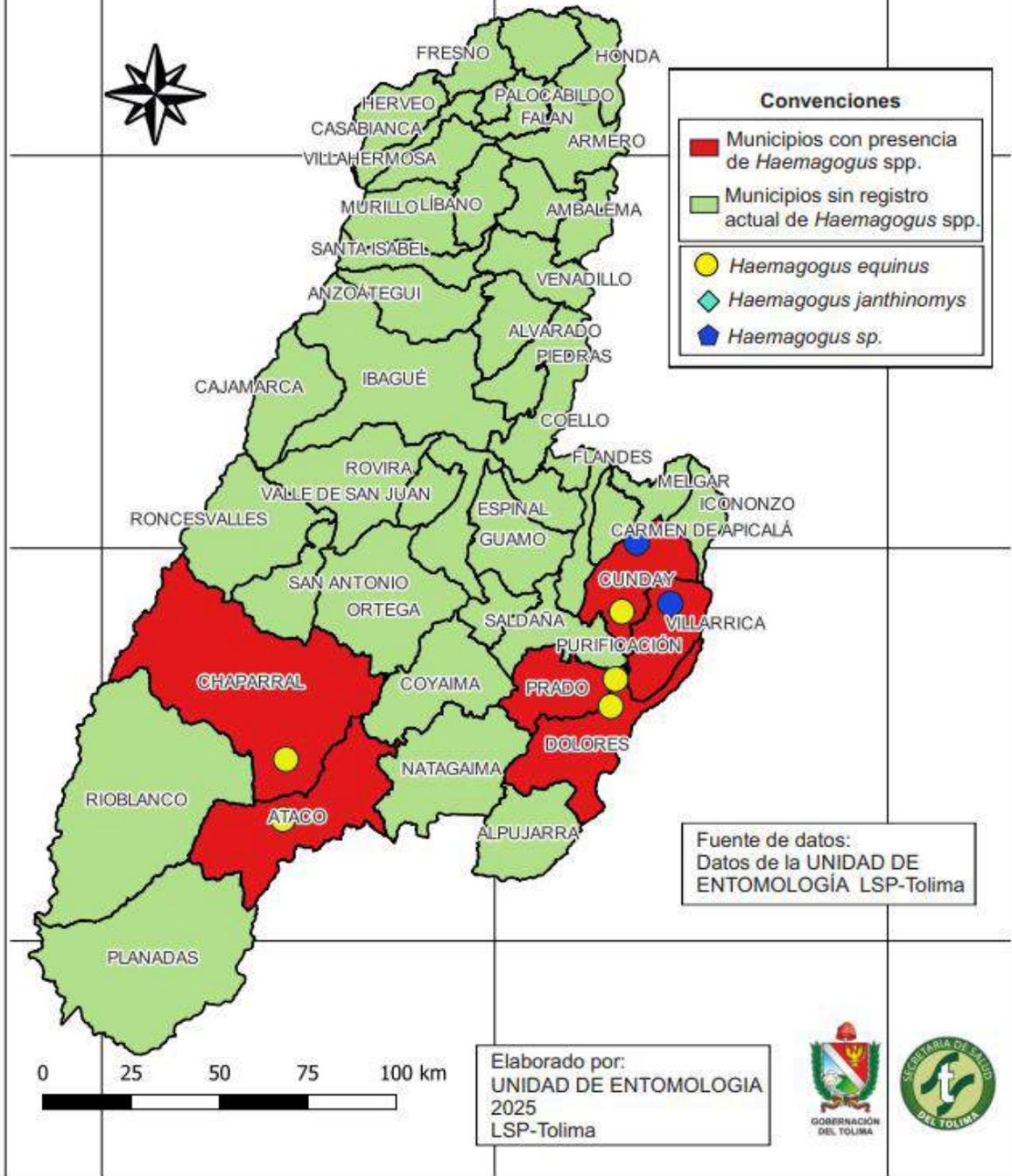
	GOBERNACIÓN DEL TOLIMA SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		CÓDIGO: INS-PD-001
			VERSIÓN: 01
	PROCESO	PLANEACIÓN ESTRATÉGICA Y DEL DESARROLLO	PÁG. 10 DE 16
FORMATO ÚNICO DE CARGUE DE INFORMACIÓN-EJECUTOR TOLIMA.			VIGENTE DESDE: 28/06/2022

Actividad No. 6 Incremento de la Vigilancia entomológica en zonas de riesgo



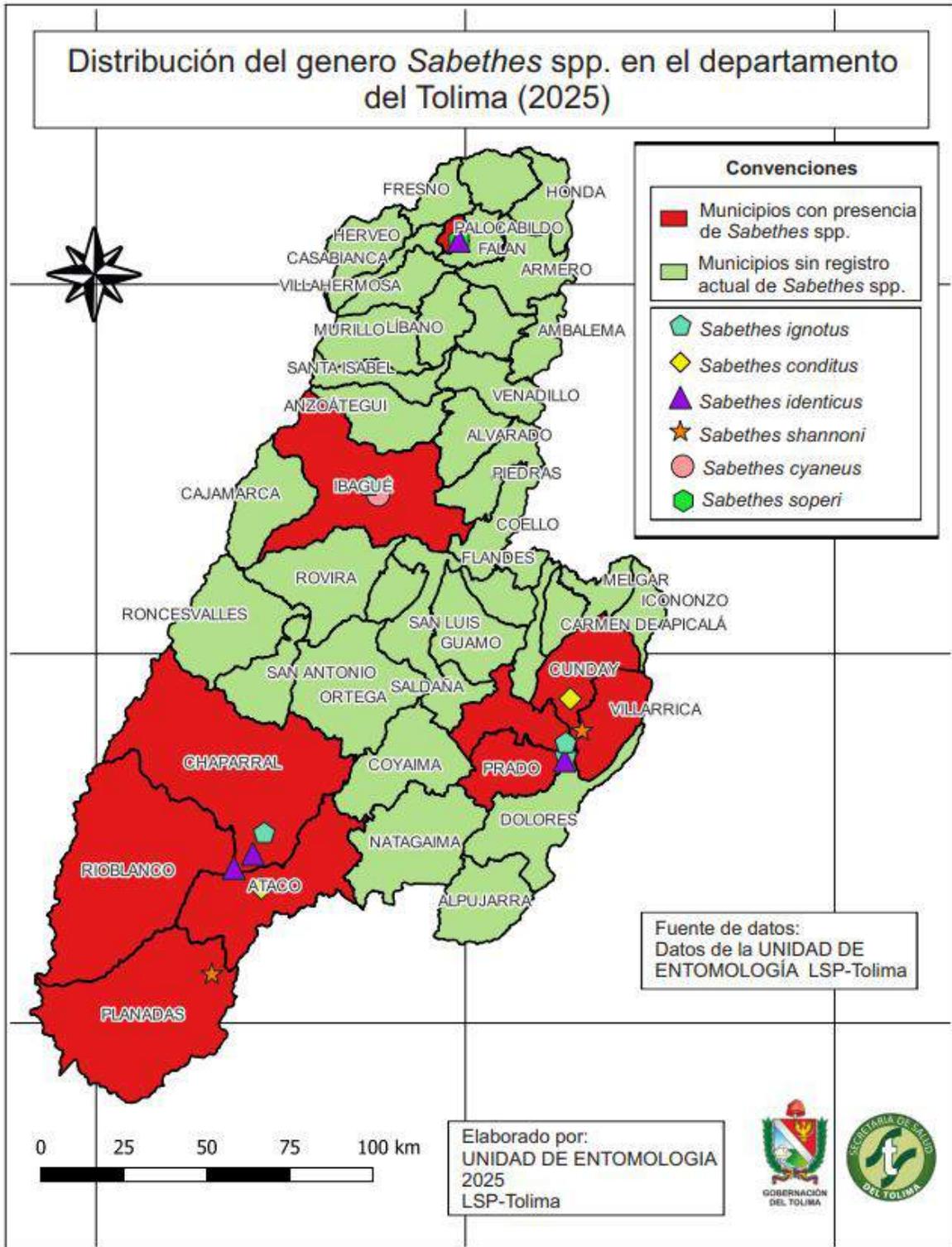


Distribución del genero *Haemagogus* spp. en el departamento del Tolima (2025)





Distribución del genero *Sabethes* spp. en el departamento del Tolima (2025)



	GOBERNACIÓN DEL TOLIMA SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		CÓDIGO: INS-PD-001
	PROCESO	PLANEACIÓN ESTRATÉGICA Y DEL DESARROLLO	VERSIÓN: 01
	FORMATO ÚNICO DE CARGUE DE INFORMACIÓN- EJECUTOR TOLIMA.		PÁG. 13 DE 16
			VIGENTE DESDE: 28/06/2022

Participación en el curso Teórico Practico de entomovirologia

Fecha: 17 al 20 de junio de 2025

Lugar: Santa Marta



Equipo docente:

- Dr. Gabriel Parra-Heras
Investigador CIST Universidad Cooperativa de Colombia
- Dr. Victor Alberto Ojeda
Investigador Emerito Instituto Nacional de Salud
- Dra. Martha Liliana Aleron de
Instituto Nacional de Salud
- Dra. Susanna Carolina
Arilla Rodríguez
Instituto Nacional de Salud
- Dr. José Usme-Giro
Investigador CIST Universidad Cooperativa de Colombia
- MSc. Sebastián Martínez
Médico - Salud y Ambiente
Universidad El Bosque
- Dr. Jaime Castellanos
Director Grupo de Virología
Universidad El Bosque
- Dra. Patricia V. Aguilera
University of Texas Medical Branch

Del 18 al 20 de junio

Envía tu postulación hasta el 3 de junio
a los siguientes correos:
gabriel.parra@ucc.edu.co
jmartinez@unbosque.edu.co

Dirígote a:
Profesores de Secretarías de Salud (particulares y municipales), investigadores y académicos de universidades y centros que trabajen en el tema de salud pública por redes (ETV).

¡Esta oportunidad única para fortalecer capacidades técnicas y científicas en el estudio, vigilancia y control de vectores de enfermedades virales emergentes!

Lugar:
Centro de Investigación en Salud para el Trópico (CIST)
Universidad Cooperativa de Colombia - Santa Marta y Corregimiento Guarcaca,
Sierra Nevada de Santa Marta

Duración: 24 horas (teóricas y prácticas)



	GOBERNACIÓN DEL TOLIMA SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		CÓDIGO: INS-PD-001
			VERSIÓN: 01
	PROCESO	PLANEACIÓN ESTRATÉGICA Y DEL DESARROLLO	PÁG. 14 DE 16
FORMATO ÚNICO DE CARGUE DE INFORMACIÓN- EJECUTOR TOLIMA.			VIGENTE DESDE: 28/06/2022

Actividad No. 6 Visita Técnica de Verificación de Estándares de Bioseguridad a la Red Departamental

Fecha: 15 de mayo

Lugar: Laboratorio Clínico Central



	GOBERNACIÓN DEL TOLIMA SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		CÓDIGO: INS-PD-001
			VERSIÓN: 01
	PROCESO	PLANEACIÓN ESTRATÉGICA Y DEL DESARROLLO	PÁG. 15 DE 16
FORMATO ÚNICO DE CARGUE DE INFORMACIÓN- EJECUTOR TOLIMA.			VIGENTE DESDE: 28/06/2022

Actividad No. 8 Visitas de Estándares de Calidad a la Red Departamental de Laboratorios.

VISITAS VERIFICACION ESTANDARES DE CALIDAD RESOLUCION 1619 DE 2015 REALIZADAS A FECHA 07/07/2025				
	MUNICIPIO	ENTIDAD	RELAB	FECHA VISITA
1	IBAGUÉ	CLINICA KERALTY IBAGUE	LRP730010242403	2025-04-02
2	IBAGUÉ	CENDIATRA IBAGUE	LRP730010310201	2025-03-25
3	IBAGUÉ	CLAUDIA PATRICIA MESA MEJIA	LRP730010141301	2025-04-07
4	IBAGUE	GLADYS YANETH SILVA AYALA	LPI730010117001	2025-03-17
5	IBAGUÉ	IDIME COMPLEJO MEDICO	LRP730010123401	2025-03-25
6	IBAGUE	ANALICEMOS LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZAD SAS	LRP730010282501	2025-03-17
7	IBAGUÉ	LABORATORIOS CLINICOS DE AVANZADA TECNOLOGIA	LRP730010026101	2025-03-26
8	IBAGUÉ	LABORATORIO CLINICO CENTRAL	LRP730010039603	2025-03-18
9	IBAGUÉ	CLINICA SHARON Y UCI TOLIMA LTDA.	LRP730010297401	2025-04-10
10	IBAGUÉ	MEDISOT	LRP730260011301	2025-03-18
11	IBAGUÉ	CLINICA ODONTOLOGICA LA VALLOT PREVIRE	LRP730010287001	2025-04-10
12	IBAGUÉ	UMASTOL	LRP730010227302	2025-04-22
13	IBAGUE	MARIA ELENA MARTINEZ JARAMILLO	LPI730010010001	2025-05-02
14	IBAGUE	L.C. COLSANITAS Laboratorio UAP Ibagué	LRP730010242401	2025-05-02
15	IBAGUE	COLCAN	LRP730010183801	2025-05-16
16	IBAGUE	LABORATORIO CLINICO VHIDA	LPI730010090601	2025-05-08
17	IBAGUE	ASOTRAUMA LTDA	LRP730010082601	2025-05-13

	GOBERNACIÓN DEL TOLIMA SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		CÓDIGO: INS-PD-001
			VERSIÓN: 01
	PROCESO	PLANEACIÓN ESTRATÉGICA Y DEL DESARROLLO	PÁG. 16 DE 16
	FORMATO ÚNICO DE CARGUE DE INFORMACIÓN- EJECUTOR TOLIMA.		VIGENTE DESDE: 28/06/2022

18	IBAGUE	AVIDANTI S.A.S	LRP730010090901	2025-05-14
19	IBAGUE	UNITRAUMA DEL TOLIMA IPS S.A.S	LRP730010331801	2025-05-15
20	IBAGUE	CLINICA IBAGUE	NO	2025-05-16
21	HERVEO	HOSPITAL SAN ANTONIO E.S.E.	LRP733470109901	2025-07-03
22	IBAGUE	HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA E.S.E.	LRP730010104701	2025-05-26
23	IBAGUÉ	UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE SEDE SAN FRANCISCO	LRP730010077101	2025-07-01
24	IBAGUE	UROCADIZ ESPECIALIDADES MEDICO QUIRURGICAS S.A.S	LRP730010168301	2025-07-02
25	IBAGUE	SURGILAB SAS	LRP730010212001	2025-07-02
26	IBAGUE	LABORATORIO CLINICO YOLANDA ORTIZ GARCIA S.A.S.	NO	2025-07-02
27	HERVEO	HOSPITAL SAN ANTONIO E.S.E.	LRP733470109901	2025-07-03
28	IBAGUE	CLINICA UNIDAD MATERNO INFANTIL DEL TOLIMA	LRP730010174201	2025-07-03

Fuente: Base de datos Laboratorio de Salud Pública del Tolima 2025



HERRAMIENTA DE DIAGNÓSTICO DE ESTÁNDARES DE BIOSEGURIDAD Y BIOCUSTODIA - BBS

DATOS DE LA VISITA DE VERIFICACIÓN			
Fecha de la visita (aaaa-mm-dd)		2025-06-17 al 20	
DATOS DE LA INSTITUCIÓN QUE RECIBE LA VISITA			
Nombre del laboratorio	Laboratorio de Salud Pública del Tolima		
Tipo de laboratorio evaluado	LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA		
Sector al que se vincula	SALUD		
Ciudad	Toluca		
Departamento	Tolima		
Dirección	Cra 2A entre calles 33 y 34, Bsmo Departamental		
Teléfono (s)	300782084 / 3164926207		
Representante legal (Secretario de Salud Departamental o Distrital/Director)	Ingrid Katherine Rengifo		
Nombre del coordinador o director del laboratorio	Axel Lombardo Ramirez Rivera		
Fecha verificación estándares (aaaa-mm-dd)	2025-06-17 al 20		
Calificación obtenida	84%		
DATOS DE LA INSTITUCIÓN QUE REALIZA LA VISITA			
Nombre	Cargo	Entidad	Firma
Maryl Lorena Segura Abta	Funcionario	INS	Maryl Segura
Jonathan Jose Ramirez Navarro	Contratista	INS	J. Ramirez
Yarely Angelica Valbuena Arias	Funcionario	INS	Yarely A. Valbuena
DATOS DE LA INSTITUCIÓN QUE RECIBE LA VISITA			
Nombre	Cargo	Entidad	Firma
Axel Lombardo Ramirez Rivera	Subdirector del LSP	LSP	AXL
Ingrid Katherine Rengifo	Secretaria de salud	Gobernación del Tolima	IKR
<i>Juliana Acosta</i>	<i>Directora Salud Pública</i>	<i>Gobernación</i>	<i>Juliana Acosta</i>
RELACION AGENTES INFECCIOSOS- EVENTOS MANEJADOS POR EL LABORATORIO A EVALUAR	Chikungunya, Clostridium spp, Coronavirus, Dengue, Escherichia coli, Giardia, Hepatite B, Hepatite C, HTLV, Influenza, Leishmania, Trypanosoma cruzi, meningococo, Leptospira spp, Listeria monocytogenes, Monkeypox, Mycobacterium tuberculosis, Pseudomonas spp, Salmonella enterica spp, SARS-CoV-2, Staphylococcus aureus, Gram negativos (Enterobacterias y No fermentadores), Streptococcus pneumoniae, H. influenzae, N. meningitidis, Vibrio cholerae, Shigella spp, Treponema pallidum, VIH.		



**INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
DIRECCIÓN REDES EN SALUD PÚBLICA
LISTA DE VERIFICACIÓN NIVEL DE BIOSEGURIDAD 2 (BSL-2)**

Ítem	Lista de verificación del nivel 2 de bioseguridad (BSL-2)	Criterio de verificación	Cuenta			Comentarios inspección
			SI	NO	N.A	
1	El laboratorio cuenta con señalización que indique riesgo biológico en las áreas donde se manipulan agentes infecciosos.	Verificar que exista señalización en la puerta de ingreso: 1- símbolo de riesgo biológico, 2-Nivel de contención.	X			Las instalaciones del laboratorio presentan señalización para riesgo biológico
2	El laboratorio cuenta con control de acceso y las puertas de acceso a las diferentes áreas tienen una indicación de acceso restringido solo a personal autorizado.	Verificar en el laboratorio mecanismos para el acceso autorizado del personal a las áreas analíticas incluyendo la señalización. Si el sistema de acceso no es biométrico, verificar su implementación, si es biométrico, verificar uso en personal nuevo si procede.	X			Las áreas cuentan con letreros de acceso restringido
3	En las puertas de ingreso a los laboratorios, se cuenta con los datos de contacto de la persona responsable del laboratorio, de manera que pueda ser contactada en caso de emergencia.	Verificar los datos de los responsables del laboratorio en las puertas de las áreas analíticas, visible desde fuera (datos mínimos como nombre completo, teléfono) o revisar las estrategias internas de comunicación (radio, otras), revisar contra listados de personal activo que la información se ajuste al momento evaluado en el laboratorio	X			El profesional que se encuentra responsable para contactar en caso de emergencia es el Doctor Axel Ramírez
4	Las puertas y áreas especiales cuentan con la señalización adecuada: UV, láser, radioactivo, etc. en la puerta.	verificar señalización en las áreas especiales que aplique	X			Las cabinas de bioseguridad se encuentran identificadas con pictograma de seguridad para UV
5	La distribución de los espacios de trabajo en el laboratorio permiten el movimiento rutinario del personal, muestras, materiales y residuos. Las actividades dentro de los espacios del laboratorio se pueden realizar de manera segura sin perturbar o afectar el trabajo en curso en el laboratorio.	Verificar que no haya espacios muy estrechos entre mesones y equipos, si se usan carros de transporte que estos transiten sin chocar paredes o equipos.	X			La distribución de los espacios de trabajo permiten la realización de las actividades misionales
6	Se puede acceder a espacios o superficies de difícil acceso, como detrás o debajo de muebles y equipos, de manera que facilite las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección.	Verificar que se puedan realizar las actividades de limpieza integral debajo y detrás de equipos, mesones, muebles, mobiliario, estantes, entre otros	X			Las actividades de aseo y limpieza se pueden realizar de manera adecuada en equipos, muebles y superficies
7	El laboratorio cuenta con salida(s) de emergencia, y las tiene señalizadas	Durante el recorrido verificar que la rutas de evacuación y sus salidas se identifican y se encuentran señalizadas	X			El laboratorio cuenta con señalización para la salida de emergencia y punto encuentro. Sin embargo, la entrada y salida de profesionales no cuenta señalización, es importante que todas las áreas cuenten con rutas de evacuación debidamente señalizadas
8	Los corredores y las salidas del laboratorio se encuentran despejados y permiten la circulación del personal, equipos etc. para realizar las actividades rutinarias del laboratorio y en casos de emergencia	Durante el recorrido revisar que los corredores y las salidas están libres y despejados de objetos o mobiliario que puedan afectar la movilidad de las personas, permitan salida sin obstáculos p.ej. en caso de emergencia, que no se usen como lugares de almacenamiento	X			Se encuentra un equipo de frío en el corredor que impide la circulación del personal y puede ser un riesgo cuando se presente una emergencia
9	Las puertas están ancladas de forma firme, proporcionan un cierre adecuado y son de materiales lavables e impermeables, de fácil limpieza y desinfección, y con una amplitud que permita movilizar equipos, materiales o residuos con facilidad.	Verificar que las puertas funcionen correctamente y si tienen sistema de cerrado automático (brazo hidráulico) si no lo tienen, debe tener una señalización o indicación para que el personal verifique que la puerta quede bien cerrada. Verificar que las puertas no tengan golpes, grietas y que sean de material de fácil limpieza.	X			Las puertas son amplias, se puede realizar fácilmente limpieza



**INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
DIRECCIÓN REDES EN SALUD PÚBLICA
LISTA DE VERIFICACIÓN NIVEL DE BIOSEGURIDAD 2 (BSL-2)**

Ítem	Lista de verificación del nivel 2 de bioseguridad (BSL-2)	Criterio de verificación	Cuenta			Comentarios inspección
			SI	NO	N.A	
10	Las áreas técnicas están libres de insumos, reactivos u otros elementos que no están siendo utilizados para realizar actividades analíticas	Revisar durante el recorrido que las áreas técnicas (incluyendo las mesas de trabajo) no están siendo utilizadas como áreas de almacenamiento temporal	X			Las áreas de trabajo se encuentran en orden y limpieza
11	Las instalaciones adicionales para uso del personal, tales como baños, áreas de alimentación (comer/beber), e instalaciones de oficina están ubicadas fuera del espacio de trabajo (áreas analíticas del laboratorio)	Validar que no se usa el espacio de laboratorio para estas actividades administrativas o de descanso	X			Se encuentran áreas debidamente identificadas para uso de oficinas y baños
12	Se proporcionan espacios para que el personal deje y almacene artículos personales, prendas exteriores, zapatos, y batas de laboratorio limpias, entre otros.	Verificar que existen los espacios que permiten almacenar artículos personales y no compartan espacio con ropa de laboratorio	X			Se tienen espacios destinados para el almacenamiento de artículos personales y prendas de uso de laboratorio
13	Se dispone de espacios (estanterías, muebles) para almacenar consumibles y reactivos de manera segura	Revisar que el laboratorio cuente con estantes para el almacenamiento de insumos y reactivos, que estos estén asegurados para evitar caídas del material y que el material de la estantería sea resistente para los reactivos o insumos almacenados, verificar que no se almacenen reactivos e insumos en el piso. El área debe contar con sistema de ventilación funcional.		X		El área destinada para el almacenamiento de insumos tiene estantes, pero estos, no se encuentran anclados a la pared y no tienen seguridad para evitar caída de material
14	Cuenta con estrategias de control de plagas en función de las circunstancias locales, para proteger los consumibles y reactivos	Verificar cronogramas y su cumplimiento en la ejecución	X			El control de plagas es realizado por FUMIHOGAR SUMINISTROS SAS, se realiza una vez año Contrato 3592 del 30 de octubre de 2024
15	Cuenta (cuando aplique), con equipos para almacenamiento de reactivos en condiciones controladas (refrigeración-congelación)	Verificar si se cuenta con los equipos para almacenamiento de reactivos. Estos equipos deben tener definida las condiciones metroológicas definidas acorde al uso previsto y ser controladas.	X			Se cuenta con equipos para el almacenamiento de muestras, reactivos e insumos a temperatura de refrigeración y congelación
16	El espacio de almacenamiento de productos químicos cuenta con suministros de emergencia, como lavaojos, materiales de primeros auxilios y botiquines, y kits para derrame químicos (si aplica)	Verificar que se cuente con el kit de derrames químicos en el área de almacenamiento. Disponibilidad de lavaojos próximo, botiquín verificar capacitaciones del uso de kit de derrames, simulacros o simulaciones	X			Se encuentran en las áreas del laboratorio lavaojos, maletines de primeros auxilios, documentados en el LSP-FOR-IV-097
17	El laboratorio cuenta con sistemas de extracción en las áreas de almacenamiento de productos químicos (si aplica)	Verificar su funcionamiento	X			El área de almacenamiento de productos químicos cuenta con sistema de extracción y se encuentra en buen funcionamiento
18	El laboratorio realiza la clasificación y almacenamiento de sustancias químicas de acuerdo a normativa vigente	Revisar implementación del Sistema globalmente armonizado (SGA), verificar que se dispone de los gabinetes o estantes de almacenamiento adecuados para cada riesgo (productos químicos peligrosos, como aquellos con propiedades inflamables, oxidantes o corrosivas), revisar que No se almacenen productos químicos en el suelo, verificar que no se almacenen productos químicos peligrosos por encima del nivel de los ojos		X		El laboratorio realiza el almacenamiento de sustancias químicas, sin embargo, no tiene implementado el sistema globalmente armonizado



**INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
DIRECCIÓN REDES EN SALUD PÚBLICA
LISTA DE VERIFICACIÓN NIVEL DE BIOSEGURIDAD 2 (BSL-2)**

Ítem	Lista de verificación del nivel 2 de bioseguridad (BSL-2)	Criterio de verificación	Cuenta			Comentarios inspección
			SI	NO	N.A	
19	Todas las soluciones preparadas están debidamente etiquetadas	Revisar etiquetado de soluciones preparadas en el laboratorio, etiqueta íntegra, fecha de preparación-expiración, contenido, concentración, responsable.		X		El etiquetado no permite identificar el riesgo del reactivo
20	Realiza el monitoreo de gases industriales o anestésicos en caso de usarlos (formaldehído u otros gases anestésicos)	Este ítem aplica en laboratorios que utilicen animales. Solicitar evidencia de estrategias de monitoreo de concentración residual			X	
21	El Laboratorio cuenta con espacios para almacenamiento de muestras de acuerdo a las actividades que realiza (temperatura ambiente, refrigeración o congelación) dentro de la instalación.	Verificar que se cuente con el equipamiento necesario acorde a las especificaciones de las muestras recibidas en el área. El espacio o equipos deben estar claramente definidos y señalizados. Verificar que el equipo de medida registre, acorde a la especificación. El equipo de medición debe tener las actividades metroológicas vigentes y con cumplimiento de la especificación	X			Se encuentran equipos destinados para el almacenamiento de muestras en las diferentes áreas, estos cuentan con etiqueta que indican la fecha, número de informe del metroológico
22	Los equipos para almacenamiento de muestras y en general todos los equipos críticos según análisis de riesgos. cuentan con el soporte y suministro eléctrico para su funcionamiento en condiciones rutinarias y en caso de fallos.	Revisar que se cuenta con sistemas de respaldo energético (planta eléctrica y que opera correctamente. Ver registros de funcionamiento del equipo de soporte eléctrico y registros de mantenimiento y carga de combustible. Revisar si cuenta con soporte eléctrico adicional en caso de fallas (UPS), verificar el mantenimiento de estos equipos de soporte eléctrico UPS.	X			El laboratorio cuenta con una planta eléctrica que opera cuando es necesario, sin embargo, se encontró que el almacenamiento de combustible y aceites se encuentran a la intemperie, el sol y el agua recae directamente sobre los recipientes, se considera un riesgo por ser sustancias combustibles. No se encuentra protegidos para evitar manipulaciones indebidas
23	Se cuenta con estrategias o mecanismos para la seguridad física de las muestras almacenadas según los requisitos de bioseguridad asociados y la evaluación del riesgo	Verificar que equipos o espacios de almacenamiento cuenten con sistema de control como implementación de llaves, candados con custodia, permiso de acceso, sistemas biométricos, cámaras de vigilancia - Biocustodia. Responsable designado para la custodia de las llaves (si aplica) e inventario		X		La mayoría de equipos de frío no cuentan con un sistema de control de llaves u candados que aseguren su custodia, pese a que en las áreas cuentan con profesionales encargados, no se encuentra documentado la designación de esta responsabilidad.
24	Se cuenta con un inventario de muestras, incluyendo cepario, actualizado y disponible para monitoreo y control	Verificar que se tiene inventario, y que esta actualizado.		X		Es necesario que el inventario de muestras se mantenga actualizado, así como unificar la manera como se identifiquen las muestras para monitoreo y control
25	Existe un profesional responsable de la gestión y seguimiento del inventario de muestras incluyendo cepario.	Revisar disponibilidad en momento de visita, documentos que den cuenta del seguimiento a su cargo. Verificar capacitación en riesgo biológico, biocustodia, o lineamientos OMS versión vigente		X		Pese a que en las áreas cuentan con profesionales encargados, no se encuentra documentado la designación de esta responsabilidad.
26	El personal del laboratorio que realiza las actividades de limpieza, desinfección, esterilización y recolección de la ruta sanitaria cuenta con la competencia para realizar estas actividades.	Revisar registros de entrenamiento, seguimiento técnico al personal que realiza estas actividades, dar alcance a personal no vinculado al laboratorio.	X			Se revisa la hoja de vida de Brayan Rojas Betancourt auxiliar de enfermería encargado de la ruta sanitaria del LSP, se evidencia que la hoja de vida cuenta con una inducción y reincursión para el manejo de residuos y autorización técnico de personal LSP-FOR-GA-022 y LSP-FOR-GA-023 evaluación técnica y seguimiento al personal del 2025-04-07.
27	El laboratorio cuenta con canecas o contenedores para la adecuada segregación de los residuos generados de acuerdo a la normatividad vigente.	Verificar la segregación en el interior de las áreas en las canecas o contenedores con sus correspondientes bolsas acorde al código de colores de acuerdo a normatividad vigente. Las canecas deben contar con tapa con cierre funcional	X			Las áreas de laboratorio cuentan con contenedores funcionales que aseguran la correcta segregación de residuos.



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
DIRECCIÓN REDES EN SALUD PÚBLICA
LISTA DE VERIFICACIÓN NIVEL DE BIOSEGURIDAD 2 (BSL-2)

Ítem	Lista de verificación del nivel 2 de bioseguridad (BSL-2)	Criterio de verificación	Cuenta			Comentarios inspección
			SI	NO	N.A	
28	El laboratorio cuenta con un área de almacenamiento central de residuos peligrosos en condiciones adecuadas acorde a la normatividad vigente.	Verificar que el área se encuentre separada de las áreas analíticas, de uso exclusivo, con acceso restringido y señalizado, de fácil limpieza, con ventilación e iluminación adecuada, con registros de limpieza y desinfección y provisto de extintores y kit antiderrame (biológico o químico según aplique y verificar capacitaciones, simulacros o simulaciones) Verificar el etiquetado de los residuos (adhesivos o bolsas litografiadas)	X			Se encuentra una ruta sanitaria, un almacén de residuos y contenedores que aseguran la correcta manipulación de residuos
29	La ubicación de las áreas de desactivación de residuos se encuentran ubicadas de modo que el olor y el calor excesivo generado no afecten a otras áreas o al personal del laboratorio.	Verificar en las áreas de desactivación de residuos cuentan con ventilación adecuada, capacidad y equipamiento adecuado (autoclaves) según la evaluación del riesgo, seguimiento de condiciones ambientales (acordes a lo definido para el área/equipo), extractores según aplique.		X		El área de desactivación de residuos cuenta con ventilación, sin embargo, para activar el sistema el personal debe dirigirse al piso 4 para activar la ventilación
30	El laboratorio cuenta con un programa implementado para la gestión integral de los residuos generados acorde a la evaluación del riesgo y la normatividad vigente	Verificar programa-manual-procedimiento documentado y su correspondiente implementación (seguimiento ruta sanitaria, contrato vigente y con seguimiento al gestor, capacitaciones, plan de contingencias, registros de cuantificación). Verificar en el personal de la ruta sanitaria el uso de elementos de protección personal de acuerdo a lo definido en su procedimiento.	X			Contrato gestor 1188 del 18 marzo de 2025 con Biológicos contaminados SAS SP, se realiza visita al gestor realizado por Diego Barragán LSP-MAN-GS-003 Plan de gestión integral de residuos generados en atención en salud y otras actividades (PGIRASA)
31	Los residuos químicos se encuentran adecuadamente etiquetados, fechados y cerrados, según la normatividad vigente.	Verificar que estos residuos se encuentren adecuadamente etiquetados (características de peligrosidad, el proceso en que se originó el residuo, fecha de su depósito en el área de acopio) que cuenten con las fichas de seguridad y tarjeta de emergencia		X		Se encuentran almacenados residuos químicos que no cuentan con etiqueta que permita identificar sus características de peligrosidad
32	Cuenta con contenedores de objetos cortopunzantes debidamente etiquetados.	Revisar la instalación de los guardianes que tengan soporte, que su volumen de llenado no sobrepase las 3/4 partes de su capacidad.	X			Los guardianes encontrados en las áreas están debidamente identificados y marcados
33	Los residuos anatomopatológicos se segregan y almacenan adecuadamente.	Verificar que estos residuos se segreguen y transporten en bolsas dobles, selladas individualmente y correctamente identificadas. Verificar que tanto en el transporte de la ruta sanitaria y almacenamiento en el congelador (con calificación, calibración o verificación vigente) las canastas o cajas no sobrepasen los 3/4 de su capacidad y se encuentren rotuladas y cerradas.		X		Considerando la posibilidad de recibir residuos anátomo-patológicos —como ocurrió el día 11 de junio de 2025— el laboratorio debe disponer de un refrigerador en el área de residuos que permita conservar este tipo de material en condiciones controladas, garantizando su adecuado almacenamiento temporal conforme a los lineamientos de bioseguridad y gestión de residuos peligrosos o equipos destinados para subsanar esta contingencia
34	El laboratorio realiza la inactivación con calor (autoclave) antes de la entrega al gestor de residuos . (si aplica)	En BSL2 no es obligatorio autoclave de residuos, salvo que el análisis del riesgo lo defina como obligatorio. Si realizan la inactivación con autoclave verificar que se cuente con un autoclave para la inactivación de residuos, verificar si ésta se encuentra con operaciones metroológicas vigentes (mantenimiento - calificación de desempeño). Si no se tiene, verificar manejo en ruta sanitaria, almacenamiento temporal en refrigeración/congelador, y alcance del contrato con inactivación/incineración.		X		A pesar que se encuentra documentado la obligación de autoclavar los residuos microbiológicos para su inactivación antes de entregar al gestor de residuos biológicos, durante la visita se encontró que esto no se lleva a cabo



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
DIRECCIÓN REDES EN SALUD PÚBLICA
LISTA DE VERIFICACIÓN NIVEL DE BIOSEGURIDAD 2 (BSL-2)

Ítem	Lista de verificación del nivel 2 de bioseguridad (BSL-2)	Criterio de verificación	Cuenta			Comentarios inspección
			SI	NO	N.A	
35	Hay un incinerador disponible. (si aplica)	Si existe el incinerador, revisar que cuente con certificado de emisiones, acorde a regulación vigente Resolución 058 DE 2002 - Min ambiente: Por la cual se establecen normas y límites máximos permisibles de emisión para incineradores y hornos crematorios de residuos sólidos y líquidos.			X	
36	Los materiales utilizados para paredes y pisos son de fácil limpieza, impermeables y resistentes a los químicos y desinfectantes utilizados en el laboratorio.	Verificar que sean superficies lisas y continuas, contar con medias cañas, libres de accesorios .	X			La mayoría de pisos en el laboratorio cuenta con pisos que permiten si limpieza, cuenta con medias cañas
37	Los desagües del piso del laboratorio cuentan con rejillas o trampas de agua para evitar que entren insectos y roedores.	Verificar que se cuente con rejillas disponibles e íntegras y que estén firmemente ancladas.	X			El laboratorio cuenta con rejillas para desagües
38	Si se tienen ventanas operables (se pueden abrir y cerrar) estas cuentan con anejo para evitar el ingreso de plagas.	Verificar que cuenten con anejo en buen estado.	X			Las ventanas se encuentran estáticas para evitar el ingreso de insectos
39	Las puertas del laboratorio cuentan con panel de visión para ver el interior del laboratorio.	Verificar disponibilidad de ventanillas o panel de visión para verificar al interior, ventanearía íntegra y hermética. Si no tienen panel visual, revisar el procedimiento de verificación de personal, se trabaja con sistema de parejas, u otra medida para garantizar la seguridad del personal	X			Las puertas del laboratorio permite la visión al interior del área
40	Los muebles (mobiliarios, gavetas y sillas) son fáciles de limpiar, resistentes a tratamiento químico y suficientemente robustos (en tamaño y función) para soportar el uso planificado.	Los muebles no incluyen ninguna superficie de tela que pueda absorber y retener contaminantes. Son de material impermeable. Si es laminado, verificar integridad y cierre adecuado	X			Los muebles del laboratorio son fáciles de limpiar y desinfectar
41	Los muebles (mobiliarios, gavetas y sillas) cuentan con funciones de ajuste ergonómico, permiten la comodidad durante el trabajo y pueden ayudar a reducir la posibilidad de incidentes/accidentes.	Revisar altura de sillas y mesones o que estas sean ajustables, revisar si hay espacio disponible para las piernas debajo de los mesones. Revisar altura de gavetas.	X			La altura de los muebles del laboratorio permites ajustes ergonómicos
42	El laboratorio restringe el uso de cortinas y persianas	Verificar que en las áreas analíticas y de actividades técnicas no se utilicen cortinas, persianas o cualquier otro tipo de material.	X			El laboratorio restringe el uso de persianas dentro de los áreas
43	Las mesas de trabajo son de fácil limpieza y desinfección, impermeables al agua, resistentes al calor	Verificar que las mesas en lo posible tengan bordes curvos para facilitar la limpieza, resistentes al calor y a los ácidos, álcalis y solventes orgánicos (como ejemplo). En caso de evidenciar que las mesas de trabajo de son de madera, azulejo, metal, hormigón o pintadas son aceptables si están debidamente selladas para que sean fáciles de limpiar y resistentes a los productos químicos utilizados en el laboratorio.	X			Las mesas que se encuentran en el laboratorio son de fácil limpieza, curvos, en su mayoría son de acero inoxidable u cerámica



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
DIRECCIÓN REDES EN SALUD PÚBLICA
LISTA DE VERIFICACIÓN NIVEL DE BIOSEGURIDAD 2 (BSL-2)

Ítem	Lista de verificación del nivel 2 de bioseguridad (BSL-2)	Criterio de verificación	Cuenta			Comentarios inspección
			SI	NO	N.A	
44	Cuenta con poceta exclusiva para lavado de manos	Verificar que los lavamanos son exclusivos para el lavado de manos y se mantienen separados de cualquier poceta donde se procesen productos químicos o líquidos contaminados. Si se tiene una antesala de ingreso y egreso general puede estar ubicada en ese espacio la poceta para el lavado de manos.	X			El laboratorio cuenta con poceta para lavado de manos, algunas no cuentan con pedal para su funcionamiento
45	Los lavamanos están ubicados lo más cerca posible de la puerta de salida.	Si se tienen lavamanos en cada área, verificar que estén lo más cerca posible de la puerta de salida del área.	X			Los lavamanos se encuentran ubicados dentro de las áreas de laboratorio y no necesariamente cerca a la puerta de salida
46	Se cuenta con instrucciones disponibles para el lavado de manos en todos los puntos de uso	Verificar que se dispone de instrucciones de lavado seguro en proximidad al lavado. Si no existe, verificar socializaciones a ese respecto	X			El laboratorio cuenta con instrucciones para el lavado de manos
47	Se dispone de agua corriente, preferiblemente accionada por un mecanismo de manos libres (codo, muñeca, rodilla o pie).	Si no se cuenta con un mecanismo manos libres debe existir un protocolo de uso de las perillas para evitar contaminación cruzada, si no existe ninguna de las dos cosas es NO CUMPLE.	X			El laboratorio cuenta con poceta para lavado de manos, pero en algunas áreas no se pedal o mecanismo de manos libres para su funcionamiento
48	Se cuenta con el suministro de productos como jabón o sustancias jabonosas	Verificar disponibilidad en todas las áreas. revisar control de llenado y vigencia del insumo empleado de ser posible	X			Se cuenta con jabón y toallas para el secado de manos
49	Cuenta con el suministro de toallas de papel o absorbentes para el secado de manos	Verificar disponibilidad de estos insumos en todos los puntos. No se aceptan secadores de aire	X			Se cuenta con jabón y toallas para el secado de manos
50	El diseño del sistema eléctrico tiene capacidad de carga para satisfacer la demanda requerida por el laboratorio	Verificar con el equipo de mantenimiento interno o externo si se tiene tercerizado, que se tenga la capacidad de carga para operar todos los equipos, que no se tenga que desconectar un equipo para poder conectar otro. (Ejemplo Estudio de cálculos eléctricos). En caso de que aplique solicitar certificado RETIE (Reglamento Técnico de Instalaciones Eléctricas).	X			El laboratorio cuenta con capacidad para satisfacer la demanda requerida
51	El cableado de los equipos y tapas de tomacorrientes se encuentran íntegros	Verificar que las conexiones de los equipos no se encuentren deshilachadas o dañados. Verificar se cuente con tapas protectoras de todas las tomacorrientes, sin cableado expuesto, ni evidencia de cortocircuito		X		La mayoría de tableros eléctricos cuenta con tapas y están debidamente identificados Se encontró una sistema eléctrico sin llave y con telarañas Las tomacorrientes no tiene tapas protectoras o de seguridad Se encontraron cables expuesto en el laboratorio físico-químico de aguas
52	Las tomacorrientes que se encuentren ubicados cerca de fuentes de agua (1 metro de distancia) están protegidas por GFCI (Interruptores de circuitos de falla a tierra)	Verificar que los interruptores ubicados a un metro de distancia de fuentes de agua cuenten con el sistema GFCI (interruptor para circuitos con pérdida a tierra)	X			No se encuentran interruptores cerca a fuentes de agua
53	La iluminación es adecuada para todas las actividades según el trabajo y las necesidades específicas del área del laboratorio.	Evaluar con recursos físicos o seguridad y salud en el trabajo SST si se ha medido intensidad luminosa (luxómetro) y el concepto obtenido. Verificar luminarias disponibles, estado y si hay bombillas afectadas.	X			Las áreas cuentan con una buena iluminación
54	La dirección de las fuentes de luz está diseñada para que el personal pueda evitar trabajar en su propia sombra.	Revisar en campo el efecto sombra sobre equipos/mesones	X			

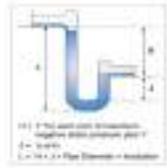


INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
DIRECCIÓN REDES EN SALUD PÚBLICA
LISTA DE VERIFICACIÓN NIVEL DE BIOSEGURIDAD 2 (BSL-2)

Ítem	Lista de verificación del nivel 2 de bioseguridad (BSL-2)	Criterio de verificación	Cuenta			Comentarios inspección
			SI	NO	N.A	
55	Existe iluminación de emergencia	Verificar que esté operativa solicitando registro de mantenimiento o registro de pruebas de la misma		X		No se cuenta con sistema de iluminación de emergencia en piso y/o paredes
56	Tiene documentado los procesos de descontaminación para realizar las operaciones de confirmación metrológicas de los equipos de laboratorio	Verificar la existencia de la documentación.	X			
57	El control de temperatura y/o humedad está disponible para garantizar un ambiente de trabajo cómodo para que el personal y adecuado para los equipos, ensayos o metodologías.	Seguimiento a través de sistema de medición como termohigrómetros. Manejo del sistema y reacción ante desviaciones sobre línea base establecida que no afecte el desempeño de equipos y actividades técnicas realizadas		X		A pesar que se registran las condiciones de temperatura y humedad dos veces al día, se encuentra que la aplicación de la corrección no es la adecuada y no se encuentra evidencia de caracterización de área
58	Los sistemas de seguridad del laboratorio están definidos por la evaluación del riesgo	Revisar el programa de biocustodia, seguridad física, como se maneja la seguridad, que controles se realizan para mantener el acceso restringido a las áreas operativas, además del control de inventario de muestras y cepas.	X			
59	El laboratorio cuenta con sistemas o equipos de seguridad (como interruptores de aislamiento, sistemas de rociadores, extintores y duchas y lavaojos de emergencia) y estos son de fácil acceso para el personal.	Revisar accesibilidad a extintores, si son adecuados para el riesgo y su vigencia, su disponibilidad por áreas y que se encuentren anclados y señalizados. Si hay rociadores de techo, preguntar si se purgan anualmente. Duchas y lavaojos de fácil acceso con registro de su verificación periódica de funcionalidad, si la ducha cuenta con sifón éste debe contar con rejillas anti-insectos. Verificar ubicación de cajas de control eléctrico y consultar si el personal de laboratorio conoce su ubicación y como utilizarlo.	X			El laboratorio cuenta con extintores y duchas, pero no cuenta con sistema de rociadores e interruptores de aislamiento
60	Los conductos o artefactos de iluminación no se utilizan como espacios de almacenamiento, ni se almacenan combustibles en el interior del laboratorio	Verificar durante la visita	X			Los conductos o artefactos de iluminación se encuentran libres de algún tipo de almacenamiento
61	Existe flujo direccional de aire, constante (esto significa que el sistema HVAC solo se apaga para mantenimiento)	Verificar la presencia de flujo direccional de aire, de acuerdo al análisis de riesgo Evaluar con ingeniería - Diseño constructivo e informes de mantenimiento y calificación de desempeño del sistema donde se evidencia los diferenciales de presión de las áreas.			X	No hay flujo de aire con presión negativa
62	Existen monitores de presión diferencial calibrados instalados en la ruta de ingreso al laboratorio	Ver si están instalados y si funcionan Verificar que la magnitud de la presión diferencial de la(s) habitación(es) es mínima DP = -7,5 Pa (si se encuentra resultados en otras unidades realizar al conversión a Pascales) Verificar el informe de calibración y la conformidad de los resultados			X	



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
DIRECCIÓN REDES EN SALUD PÚBLICA
LISTA DE VERIFICACIÓN NIVEL DE BIOSEGURIDAD 2 (BSL-2)

Ítem	Lista de verificación del nivel 2 de bioseguridad (BSL-2)	Criterio de verificación	Cuenta			Comentarios inspección
			SI	NO	N.A	
63	El sistema HVAC (heating, ventilación and air conditioning) del laboratorio es independiente	No existe recirculación de aire a áreas administrativas o de uso público. (ver plano de distribución del HVAC)			X	
64	Si cuenta con sistema HVAC, éste tiene alarmas locales, audibles y visuales, de falla del sistema HVAC	Verificar que existen			X	
65	Las alarmas del sistema HVAC se prueban regularmente	Solicitar registro de pruebas realizadas			X	
66	Los desagües cuentan con trampas tipo P, rígidas y lisas		X			
67	Si Existe luz UV instalada en el laboratorio, verificar el sistema de encendido y apagado	Verificar el sistema de funcionamiento de la luz UV durante la visita Verificar registro de horas de uso lampara y recambio			X	
68	La ubicación de cabinas de seguridad biológica (CSB) evita que su funcionamiento esté comprometido o afectado por el sistema de ventilación, aires acondicionados, por fuentes de calor o por cambios en los flujo de trabajo	Verificar que la ubicación de la cabina de seguridad biológica, no se encuentre debajo de los ductos o con el sistemas de ventilación o aire acondicionado en frente de tal manera que pueda afectar el funcionamiento de la misma, verificar que no se encuentren ubicadas frente a puertas de acceso al laboratorio o cerca de fuentes de calor	X			Las cabinas de seguridad biológico se encuentran ubicadas en lugares que están libres de fuentes de calor, cambios de flujo de trabajo
69	El laboratorio manipula todo el material potencialmente infeccioso en cabina de seguridad biológica (CSB)	verificar el uso de CSB en las áreas que lo requieran incluyendo recepción de muestras.	X			Las áreas de central de muestras, biología molecular, microbiología cuenta con CBS



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
DIRECCIÓN REDES EN SALUD PÚBLICA
LISTA DE VERIFICACIÓN NIVEL DE BIOSEGURIDAD 2 (BSL-2)

Ítem	Lista de verificación del nivel 2 de bioseguridad (BSL-2)	Criterio de verificación	Cuenta			Comentarios inspección
			SI	NO	N.A	
70	Las CSB disponen de calificación de desempeño vigente	verificar frecuencia y concepto de la calificación	X			Todas las cabinas de seguridad biológica cuentan con mantenimiento y calificación de 2024-11
71	El personal del laboratorio usa de forma correcta la CSB	Verificar durante la visita, que no se utilicen llamas abiertas dentro de la CSB, que las rejillas estén libres y que no se utilice como almacenamiento de insumos y reactivos Verificar registros de capacitación del personal	X			Durante la visita se observó el buen uso de CSB
72	Se cuenta con cabina de extracción de gases para para manipular reactivos y material volátil	Verificar si cuenta con cabinas de extracción de gases para manipular los reactivos volátiles	X			El área de físico-químico de aguas cuenta con cabinas de extracción
73	Se dispone de calificación de desempeño vigente de la cabina de extracción de gases	Verificar informe de calificación de desempeño, resultados, frecuencia y acciones cuando aplique	X			La cabinas de extracción cuenta con calificación de 2024-11
74	La cabina de extracción de gases encuentra libre de insumos o reactivos diferentes a los requeridos para las actividades analíticas que se están realizando al momento de su uso	Verificar materiales contenidos en el momento de la visita, de forma específica cuando no hay uso	X			Durante la visita se observó el buen uso de cabina de extracción
75	Todos los cilindros requeridos para la operación del laboratorio se encuentran ubicados fuera del laboratorio y están asegurados	Verificar fuente de gases. si es por cilindros, verificar como se fijan para prevenir accidentes y su ubicación debe estar fuera del laboratorio. Verificar que el espacio asignado no se emplee para almacenaje de ningún tipo	X			Los cilindros se encuentran fijados a la pared y fuera del área de laboratorio
76	Los cilindros de reserva y usados cuentan con tapas o sistema de protección	Verificar que cilindros desocupados o disponibles para nuevo uso, cuenten con tapas o sistemas de protección para proteger la llave	X			Los cilindros desocupados cuentan con tapa de protección
77	El laboratorio evita tener dentro de sus instalaciones un exceso de cilindros vacíos	Verificar acorde con indicación y contrato de suministro que evidencie recarga	X			No se encuentran cilindros vacíos
78	Existe análisis de riesgo para la selección de los elementos de protección personal?	Solicitar el documento de evaluación del riesgo	X			
79	Hay disponibilidad de elementos de protección personal (guantes, batas, gafas, etc.) acorde al análisis del riesgo, disponibles de forma permanente para ser empleados por el personal	Verificar los inventarios de elementos de protección personal (guantes, batas, gafas, zapatos), así como distribución acorde a nivel de riesgo identificado	X			Se encuentran suficientes EPP para los profesionales del laboratorio
80	El personal usa adecuadamente los elementos de protección personal acorde al análisis del riesgo.	Verificar el uso adecuado de los elementos de protección personal al interior de las áreas acorde al riesgo identificado (Guantes utilizados al manipular material infeccioso o equipo contaminado) y que estos mismos elementos no se usen fuera del laboratorio	X			Se evidencia durante la visita el correcto uso de EPP



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
DIRECCIÓN REDES EN SALUD PÚBLICA
LISTA DE VERIFICACIÓN NIVEL DE BIOSEGURIDAD 2 (BSL-2)

Ítem	Lista de verificación del nivel 2 de bioseguridad (BSL-2)	Criterio de verificación	Cuenta			Comentarios inspección
			SI	NO	N.A	
81	Los alimentos para consumo humano son almacenados fuera del laboratorio	Verificar que no se almacenan alimentos para consumo personal en los equipos de frío dentro del laboratorio	X			En la visita se observa que los profesionales consumen los alimentos fuera de las áreas del laboratorio
82	El laboratorio tiene documentada la evaluación del riesgo biológico	Solicitar y registrar fecha de actualización, y evidenciar que se mantiene acorde a la operatividad del laboratorio	X			
83	Horno(s) de microondas claramente etiquetados como "Sin preparación de alimentos, solo para uso en laboratorio".	Verificar la etiqueta en los hornos microondas ubicados en áreas analíticas			X	
84	Equipos de laboratorio debidamente etiquetados (riesgo biológico, radiactivo, etc.)	Verificar señalización para aquellos equipos que por su uso representan un riesgo específico de acuerdo a la evaluación del riesgo	X			Los equipos se encuentran señalizados con etiquetas de riesgos biológico y uso de luz UV
85	El personal de laboratorio tiene capacitación en seguridad de laboratorio y BBP (principios básicos de bioseguridad) - inicial y de actualización, acorde a la evaluación de riesgos	Verificar como se documentan las capacitaciones en uso de EPP y p.ej prueba de humos Revisar que las capacitaciones se adecuan a los niveles de riesgos específicos Verificar capacitaciones del personal frente a la normativa vigente (Manual de OMS)	X			
86	Se cuenta con un manual de Bioseguridad y procedimientos alineados a la evaluación del riesgo, están fácilmente disponibles en el laboratorio	Revisar disponibilidad de documento, divulgación y adherencia a lineamientos OMS vigentes	X			
87	El laboratorio realiza el seguimiento a las actividades de implementación de las estrategias documentadas en su manual de bioseguridad	Solicitar evidencias, listas de chequeo, auditorias, etc.	X			
88	Se contacta con la ARL o entidad correspondiente para inmunizaciones apropiadas, vigilancia y tratamiento de exposiciones ocupacionales.	Revisar profesigrama y perfil vacunal - verificación de cumplimiento con SST	X			
89	Los cuartos fríos tienen sistema para apertura interna de emergencia	Verificar que se permite la apertura de los equipos por dentro o que tienen sistema de emergencia (botón de pánico)			X	



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
DIRECCIÓN REDES EN SALUD PÚBLICA
LISTA DE VERIFICACIÓN NIVEL DE BIOSEGURIDAD 2 (BSL-2)

Ítem	Lista de verificación del nivel 2 de bioseguridad (BSL-2)	Criterio de verificación	Cuenta			Comentarios inspección
			SI	NO	N.A	
90	En los cuartos fríos se evidencia orden, limpieza de los estantes y las diferentes zonas de almacenamiento	Verificar limpieza, frecuencia, rotación desinfectantes, capacitación de personal a cargo Los cuartos fríos están libre gases asfixiantes (por ejemplo: metano, propano, clnuro, sulfuros, nitrógeno, argón, helio, ozono, dióxido y monóxido de carbono)			X	
			66	13	79	

CALIFICACION

84%

84%

Comentarios adicionales:

Hallazgos o criterio evaluado	Descripción/ observaciones del hallazgo	Fecha de entrega
13	Los estantes del área destinada al almacenamiento de insumos no cuentan con anclaje a la pared ni con elementos de seguridad que eviten la caída del material, lo que representa un riesgo para la seguridad del personal y la integridad de los insumos.	20/08/2025
18	El laboratorio no ha implementado el Sistema Globalmente Armonizado (SGA) para la clasificación y señalización de sustancias químicas, lo que representa una desviación frente a la normativa vigente en materia de almacenamiento seguro de sustancias peligrosas.	20/08/2025
19	El etiquetado de las soluciones preparadas no permite identificar los riesgos asociados a los reactivos, lo que representa una deficiencia en las medidas de seguridad química y trazabilidad.	20/08/2025
23	Los equipos de frío destinados al almacenamiento de muestras no cuentan con sistemas de control como llaves o candados, y no existe documentación que evidencie la designación formal de responsables para su custodia, lo que representa una debilidad en la seguridad física de las muestras.	20/08/2025
24	El inventario de muestras, incluyendo el cepario, no se encuentra completamente actualizado ni presenta un sistema unificado de identificación, lo que dificulta su monitoreo y control eficiente.	20/08/2025
25	No se encuentra documentada la designación formal de un profesional responsable de la gestión y seguimiento del inventario de muestras, incluyendo el cepario, lo que representa una debilidad en la trazabilidad y control de las muestras.	20/08/2025
29	El área de desactivación de residuos cuenta con ventilación, sin embargo, para activar el sistema el personal debe dirigirse al piso 4 para realizar su activación	20/08/2025
31	Al realizar la visita al LSP, se encuentra que algunos de los residuos químicos almacenados no cuentan con etiqueta que permita identificar sus características de peligrosidad	20/08/2025
33	En los casos que se reciban residuos anátomo-patológicos —como ocurrió el día 11 de junio de 2025— el laboratorio debe disponer de un refrigerador en el área de residuos que permita conservar este tipo de material en condiciones controladas, garantizando su adecuado almacenamiento temporal conforme a los lineamientos de bioseguridad y gestión de residuos peligrosos o equipos destinados para subsanar esta contingencia	20/08/2025



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
DIRECCIÓN REDES EN SALUD PÚBLICA
LISTA DE VERIFICACIÓN NIVEL DE BIOSEGURIDAD 2 (BSL-2)

Ítem	Lista de verificación del nivel 2 de bioseguridad (BSL-2)	Criterio de verificación	Cuenta			Comentarios Inspección
			SI	NO	N.A	
51		Al realizar la verificación de tableros eléctricos, la mayoría cuenta tapas para cierre y los circuitos están debidamente identificados, sin embargo, algunos se encuentran sin llave, algunas tomacorrientes no tiene tapas protectoras o de seguridad y se encontraron cables expuesto en el laboratorio físico-químico de aguas				20/08/2025
55		Al momento de la visita no se identificó el sistema de iluminación de emergencia en piso y/o paredes				20/08/2025
57		A pesar que se registran las condiciones de temperatura y humedad dos veces al día, se encuentra que la aplicación de la corrección no es la adecuada y no se encuentra evidencia de caracterización de área				20/08/2025



**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			OBSERVACIONES	PUNTAJE
				C	NC	NA		
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 están en PDF y los formatos en Excel están 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 auditoría código LSP-FOR-MC-012 En el año 2024 realizaron auditoría 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 inclusion de las TRD, esta solicitud 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-011 y con el formato Kardex de reactivos e insumos código LSP-FOR-GS-016 y con el formato de Inspección de entrada de materiales código 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



HERRAMIENTA DE VERIFICACIÓN DE ESTANDARES DE CALIDAD

1. ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN

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

1.14	B	El laboratorio documenta, implementa y desarrolla una estrategia de mejora continua tales como acciones correctivas o de mejora y trabajo no conforme	Se debe verificar que el laboratorio tiene identificadas y documentadas las acciones correctivas y de mejora que se presenten por diferentes fuentes (indicadores, auditorías, desempeño pruebas de aptitud, seguimiento cartas control, entre otras) incluyendo los riesgos asociados a los temas técnicos, sanitarios y ambientales.	X		El LSP cuenta con los procedimientos de tratamiento no conforme código LSP-PRO-MC-005, Procedimiento para llevar a cabo las acciones correctivas código LSP-PRO-MC—007 y el Procedimiento para la mejora código LSP-PRO-MC-008. Además, con los formatos reporte de trabajo no conforme código LSP-FOR-MC-011 y el tratamiento del trabajo no conforme código LSP-FOR-MC-024. Se revisa el reporte del trabajo no conforme realizado en enero de 2024 en el área de fisicoquímico de aguas y el reporte de trabajo no conforme del área de biología molecular el 2025-03-04.	2
1.15	A	El laboratorio tiene definidos planes de contingencia interna frente a emergencias sanitarias y/o catástrofes naturales para el funcionamiento del mismo, que incluya listados de principales y suplente, cadena de comunicación en cuanto a designación de suplentes para funciones clave, remisión de ensayos a otros laboratorios por desmesurado aumento de pruebas, como ocurre en el caso de brotes, epidemias o pandemias.	Deben existir los documentos que evidencien planes de contingencia para emergencias, especificando causas para que dicho plan se active, definiendo flujo grama de actividades, procedimientos y responsables para cada caso, especificando la articulación del mismo con los actores involucrados	X		El LSP cuenta con el Plan de contingencia código UP-MAN-GS-006 donde incluyen LSP pares como apoyo, cadena de llamada y como garantizan el servicio 24/7.	3
1.16	A	El laboratorio asegura la confidencialidad de los resultados obtenidos en el proceso analítico, por ser de interés exclusivo de la autoridad sanitaria competente.	Se verificarán documentos y procedimientos a través de los cuales se garanticen la confidencialidad de la información. Tener en cuenta dar alcance a personal externo. Tener en cuenta que los resultados podrán ser de interés para las autoridades reglamentarias que lo requieran.	X		El LSP cuenta con el procedimiento Imparcialidad, confidencialidad y derechos del cliente código LSP-PRO-AD-010 y con los formatos de compromiso de confidencialidad e imparcialidad código LSP-FOR-GA-004 Compromiso de confidencialidad e imparcialidad a terceros código LSP-FOR-GA-031.	3

HERRAMIENTA DE VERIFICACIÓN DE ESTANDARES DE CALIDAD

1. ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN

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

1.17	A	El laboratorio realiza aseguramiento de la calidad para todas las pruebas que realiza trazabilidad metrológica .	Se garantiza trazabilidad en mediciones físicas (calibraciones con proveedor acreditado en ISO/IEC 17025 incluyendo patrones físicos de trabajo para verificaciones internas), mediciones químicas y clínicas (material de referencia certificados en ISO 17034, materiales de referencia internos)		X	<p>FQ = El laboratorio dispone de material de referencia certificados (MRC) que garantiza la trazabilidad metrológica, respaldada por la conformidad de los reactivos utilizados con la norma ISO 17034.</p> <p>El laboratorio cuenta con Material de referencia certificado para el área de microbiología ATCC Klebsiella quasipneumoniae Brisse et al - 700603; Pseudomona Aeruginosa ATCC 27853; ATCC 22019 Candida y ATCC 25922 de E.coli</p> <p>Parasitología cuenta con controles de tercera opinión.</p> <p>Aunque el laboratorio tiene un MRC, se detectó que el equipo Lector de ELISA —utilizado para hacer pruebas importantes como Dengue, Leptospira, TSH neonatal y Chagas— no cuenta con trazabilidad metrológica (calibración), es decir, no se puede comprobar que las mediciones que hace el equipo sean confiables y estén bajo control técnico adecuado.</p> <p>En febrero, el equipo presentó fallas y fue necesario cambiarle una tarjeta principal (Main Control Board), además de hacerle limpieza a los filtros y a las lámparas. Estas reparaciones se hicieron fuera del laboratorio, y cuando el equipo regresó, no quedó evidencia de que se haya hecho una verificación completa, ni de que los filtros se hayan revisado correctamente.</p> <p>Esto significa que no hay garantía de que los resultados que entrega el equipo sean precisos o válidos, lo cual puede afectar la calidad de las pruebas realizadas.</p>	0
1.18	A	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)	El laboratorio cuenta con 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 Existen evidencias de contar con fichas técnicas y certificado de análisis de los reactivos empleados		X	<p>FQ = El laboratorio ejecuta correctamente el esquema de aseguramiento del método, de acuerdo con los procedimientos internos establecidos</p> <p>El laboratorio cuenta con material de referencia, controles de tercera opinión, muestras caracterizadas que permiten realizar el aseguramiento de los métodos</p>	3
1.19	A	El laboratorio realiza aseguramiento de la calidad para todas las pruebas que realiza aseguramiento del método : Técnicas analíticas estandarizadas, verificadas o validadas.	El laboratorio cuenta con técnicas analíticas estandarizadas, verificadas o validadas.		X	<p>FQ = El laboratorio presenta importantes avances en la verificación de métodos. A la fecha de la revisión, dispone de técnicas debidamente verificadas para la determinación de fluoruros, nitritos, nitratos, hierro, dureza total, dureza cálcica, calcio, conductividad, alcalinidad y turbiedad.</p>	3
1.20	A	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, Lineamientos de diligenciamiento y legibilidad de registros.	Verificar que el laboratorio disponga de mecanismos que le permitan control de la información empleada para la generación de los informes de resultados		X	<p>FQ = El laboratorio dispone del formato interno 288 – Base de Datos, el cual mantiene en custodia los datos generados y utilizados para la elaboración de los informes. Dicho formato se encuentra debidamente firmado como evidencia de su trazabilidad y validación</p> <p>Las bases de datos e información sensible de pacientes revisada en el laboratorio cuenta con custodia de datos y bases de datos protegidas con clave</p>	3

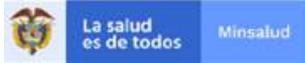


HERRAMIENTA DE VERIFICACIÓN DE ESTANDARES DE CALIDAD

1. ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN

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

1.21	A	<p>El laboratorio realiza aseguramiento de la calidad para todas las pruebas que realiza - Evaluación del desempeño: Participación, desempeño y acciones tomadas (documentadas) en caso de resultados no satisfactorios y cuestionables</p>	<p>Evaluación externa de desempeño Verificar que el laboratorio se encuentre inscrito en el PICCAP y que además los resultados sean los esperados por el programa. Verificar que el laboratorio realice un análisis y toma de acciones cuando se evidencien desviaciones en los resultados de la participación de ensayos de aptitud aunque de forma global el resultado de esta participación haya sido satisfactoria.</p>	x	<p>FQ = El laboratorio participó en las pruebas de desempeño del programa PICCAP, obteniendo resultados satisfactorios para todos los analitos evaluados, excepto para hierro, mercurio y fósforo. Para estos últimos, el laboratorio ha implementado planes de mejora que incluyen la identificación de las fuentes de desviación y las acciones correctivas a ejecutar</p> <p>El laboratorio participo en el PEED del grupo de parasitología obteniendo resultados de 100% de concordancia para Chagas directo e inmunodiagnostico, para el área de entomología para el PEED 2024 se tuvo una concordancia del 100% profesionales evaluados Manuela Moreno y Ricardo Vivas</p>	3
1.22	A	<p>El laboratorio cuenta con un procedimiento que defina el contenido y responsabilidades, para la generación, emisión, aprobación y entrega de los informes o reportes de resultados así como la directrices para la protección de los resultados emitidos de manera directa (impreso) o indirecta (vía electrónica, vía telefónica)</p>	<p>Verifique si los reportes emitidos contiene lo declarado en el procedimiento El laboratorio tiene estandarizado el reporte de resultados El laboratorio tiene definido el canal de comunicación para la transmisión y reporte de resultados de forma escrita y por vía electrónica, además de registrar los reportes que se suministran por vía telefónica.</p>	X	<p>El laboratorio cuenta con el procedimiento LSP-PRO-IV-002, el cual define la estructura para la generación, emisión, aprobación y entrega de informes. Sin embargo, durante el ejercicio de trazabilidad realizado sobre las muestras Leishmania 1580 y Suero 2098, se identificaron desviaciones respecto al cumplimiento de dicho procedimiento. En el caso de la lámina, se emitió un reporte de resultados a través de correo electrónico sin evidencia de un informe formal previamente generado. Para la muestra de suero, se realizó una retroalimentación al cliente de manera parcial, sin el soporte documental correspondiente.</p> <p>En cuanto al área de Físicoquímica, el laboratorio utiliza el formato 098 para la entrega de resultados; no obstante en el ejercicio de traza realizaco sobre la muestra AT5702025, se evidencio que este no presenta un esquema claro que permita identificar con precisión a la persona que emite el resultado, quién lo verifica y quién lo remite al cliente, lo cual constituye una debilidad en la trazabilidad y control del proceso de emisión de informes</p> <p>Se observa que el laboratorio tiene estandarizado el reporte de resultados para los EISP</p> <p>Se revisan reporte de resultados emitidos en el formto LSP-FOR-IV-179, se remite el 4 marzo de 2025 a los correos electronicos de reporteseinformesdengue@saludtolima.gov.co; eduardo.lozano@saludtolima.gov.co y Axel.ramirez@saludtolima.gov.co; Reporte de resultados LSP-FOR-IV-293 Virus respiratorios</p>	0



HERRAMIENTA DE VERIFICACIÓN DE ESTANDARES DE CALIDAD

2.TALENTO HUMANO

Son aquellos requisitos inherentes a las políticas de personal, descripción de puestos de trabajo, y criterios que demuestren la competencia del talento humano que labora en el laboratorio

Si el laboratorio cuenta con ensayos acreditados con alcance de la visita de verificación en la norma NTC ISO/IEC 17025, puede colocar cumple en los siguientes ítems: 2.1; 2.4; 2.5; 2.6; 2.8; 2.10 y 2.11. Para los ensayos que no se encuentren en el alcance de acreditación se deben evaluar los siguientes ítems: 2.4; 2.8; 2.10 y 2.11

COD	TIPO	REQUISITO	MODO DE VERIFICACION	EVALUACIÓN			OBSERVACIONES	PUNTAJE
				C	NC	NA		
2.1	A	El laboratorio cuenta con manual de funciones que describa los 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 documento que dé cuenta de la gestión de personal donde se reflejen los roles y responsabilidades del sistema de gestión de calidad.	El laboratorio debe contar con un documento de perfiles de cargos que garantice el cumplimiento de todas las actividades misionales definidas por norma o lineamientos nacionales. Debe estar documentado el perfil del cargo/rol, responsabilidad y autoridad.	X			El laboratorio cuenta con el Manual de roles, funciones y competencias código LSP-MAN-MC-005.	3
2.2	A	El laboratorio cuenta con un profesional designado para coordinar y dirigir las actividades desarrolladas por la organización.	Verificar que el laboratorio cuenta con un profesional que está encargado de la coordinación del laboratorio y de la gestión administrativa que garantice todas las actividades misionales y de apoyo que el laboratorio necesita para la vigilancia de los eventos de interés en salud pública y vigilancia y control sanitario. El coordinador/director, debe tener formación en el área del conocimiento de las ciencias de la salud (Medicina o Bacteriología) de acuerdo a la normatividad vigente (Ley 841 de 2003, Ley 1193 de 2008) y además tiene título de postgrado en temas relacionadas con salud: salud pública, epidemiología, gerencia en salud, auditoría en salud, entre otros o tiempo de experiencia en cargo similar que homologue los títulos según la normatividad legal vigente (decreto 1083:2015). Tener en cuenta lo estipulado en el manual de funciones de la institución y el documento de gestión de personal.	X			Se revisa la Lista de chequeo hoja de vida código LSP-FOR-GA-007 del subdirector del LSP el Ingeniero Axel Lombardo Ramirez Rivera, profesional en ingeniería Química con especialización en Química de Productos Naturales, quien cumple con los requisitos establecidos por el manual de funciones. Se revisa el Decreto 0264 del 19 de abril de 2024 por el cual nombran al Subdirector del LSP y acta de posesión. Se recomienda fortalecer el formato de lista de chequeo hoja de vida que permita robustecer el ejercicio de verificación de cumplimiento de los requisitos mínimos.	3
2.3	A	El personal que realiza tareas específicas en el área administrativa y de apoyo al laboratorio, está calificado sobre la base de una formación y experiencia apropiada, demostradas según el cargo lo requiera.	Verificar la documentación que aparece en la hoja de vida, para el personal auxiliar de apoyo a la actividad analítica y se deben ajustar las especificaciones a las normas vigentes. Tener en cuenta lo estipulado en el manual de funciones de la institución y el documento de gestión de personal.	x			Para el área de Físicoquímica, se revisó la hoja de vida de la auxiliar Lina María Salinas, evidenciando que cuenta con la cualificación necesaria para la ejecución directa de las actividades asignadas en dicha área.	3

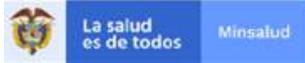
HERRAMIENTA DE VERIFICACIÓN DE ESTANDARES DE CALIDAD

2.TALENTO HUMANO

Son aquellos requisitos inherentes a las políticas de personal, descripción de puestos de trabajo, y criterios que demuestren la competencia del talento humano que labora en el laboratorio

Si el laboratorio cuenta con ensayos acreditados con alcance de la visita de verificación en la norma NTC ISO/IEC 17025, puede colocar cumple en los siguientes ítems: 2.1; 2.4; 2.5; 2.6; 2.8; 2.10 y 2.11. Para los ensayos que no se encuentren en el alcance de acreditación se deben evaluar los siguientes ítems: 2.4; 2.8; 2.10 y 2.11

COD	TIPO	REQUISITO	MODO DE VERIFICACION	EVALUACIÓN			OBSERVACIONES	PUNTAJE
				C	NC	NA		
2.4	A	El laboratorio cuenta con profesionales, técnicos o tecnólogos, con formación demostrable en cada una de las áreas de su competencia.	<p>Verificar que en el laboratorio, por su perfil epidemiológico, volumen y frecuencia de muestras, capacidad de procesamiento, equipamiento, manejan secciones independientes y especializadas, su personal debe certificar educación formal y experiencia para trabajar en el área designada, cumpliendo con normatividad legal vigente.</p> <p>Verificar el cumplimiento de las normas vigentes en cuanto a las competencias para firmar los resultados de ensayos: Bacteriología (Ley 841 de 2003, Ley 1193 de 2008 y conceptos del Colegio Nacional de Bacteriólogos).</p> <p>Para análisis químicos: Ley 53 de 1975, decreto 2616 de 1982, circular informativa No. 001 de 2019 "Información sobre la dirección de los laboratorios químicos" y conceptos del Consejo Profesional de Química Colombia.</p> <p>Tener en cuenta competencia en las áreas de Biología (Ley 22 de 1984 y Decreto 2531:1986).</p> <p>Tener en cuenta lo estipulado en el manual de funciones de la institución y el documento de gestión de personal.</p> <p>Las profesiones que lo requieran deben contar con tarjeta/matricula profesional.</p>	x			<p>Para el área de Físicoquímica de Aguas, se revisaron las hojas de vida del Ingeniero Químico Juan David Rincón y del Químico Oscar Delgado, evidenciando que ambos cuentan con la formación pertinente para la ejecución de las actividades del área. No obstante, considerando el perfil profesional del Químico y lo establecido en la Ley 841 de 2003, se recomienda que sea este quien asuma la responsabilidad de la revisión de los datos y la liberación de los informes correspondientes.</p> <p>Se revisaron las hoja de vida de los profesionales Brayhan Suarez del area de biología molecular, Karol Guzman de entomología, Liseth Suarez de microbiología, profesional de parasitología Lina María Gonzalez, bacteriología ingreso al LSp 27 de febrero de 2025 contrato 0740 del 27-02-2025, inducción LSP-FOR-GS-003 realizada por Sandra Tapias y Magally Murillo 2025-03-10. se realiza entrenamiento en el formato LSP-FOR-GA-020 del 2025-02-27 y autorización técnica LSP-FOR-GA-022 realizada 2025-02-27 para EISP de parasitología malaria, Leishmania y Chagas.</p> <p>Todos cuenta con autorizaciones para desempeño de activiades en el laboratorio, emisión de resultados. Formatos de LPS-FOR-GA-004 confidencialida e imparcialidad, LSP -FOR-GA-029 declaracion de intereses e ingreso LSP-FOR-GA-003</p> <p>Es importante que las autorizaciones de los profesionales concuerden con las actividades técnicas que se registran en el contrato de prestación de servicios.</p>	3
2.5	A	Desde la dirección o coordinación del laboratorio está asignado un responsable de calidad con formación específica certificada en la norma ISO/IEC 17025 vigente y con autoridad delegada para implementar y hacer seguimiento a los requisitos de las normas de calidad de todo el laboratorio.	<p>Verificar la existencia de una persona responsable de liderar el SGC, que realice la programación y seguimiento de las capacitaciones, implementación, seguimiento y evaluación del sistema de gestión de calidad en el laboratorio con formación en la norma NTC ISO/IEC 17025.</p> <p>Tener en cuenta lo estipulado en el manual de funciones de la institución y el documento de gestión de personal.</p>	X			<p>Se revisa la lista de chequeo hoja de vida código LSP-FOR-GA-007 de la profesional Claudia Mercedes Gómez Villanueva, Bacterióloga profesional contratista designada como Líder de Calidad quien cumple con los requisitos establecidos por el manual de funciones.</p>	3
2.6	A	Desde la dirección o coordinación del laboratorio está asignado o designado un responsable/líder técnico o pares, necesario para la supervisión del cumplimiento de las diversas actividades de las áreas.	<p>Los laboratorios deben asegurarse de tener profesionales que aseguren el cumplimiento de SGC en lo relativo a las operaciones técnicas del Laboratorio con formación técnica para apoyar, revisar y soportar los resultados obtenidos en el laboratorio.</p>	x			<p>Para el área de Físicoquímica, se designó al profesional Juan David Rincón como líder del área de Físicoquímico de Aguas. Esta asignación fue formalizada mediante acta de reunión, en la cual se notificó su rol. El profesional es el responsable de ejecutar la revisión técnica y la supervisión de los procesos desarrollados en dicha área, asegurando el cumplimiento de los procedimientos y la calidad de los resultados emitidos</p> <p>Para el área de atención a humanos se asigna como responsable de la supervisión de los profesionales a la Doctora Sandra Tapias.</p>	3



HERRAMIENTA DE VERIFICACIÓN DE ESTANDARES DE CALIDAD

2.TALENTO HUMANO

Son aquellos requisitos inherentes a las políticas de personal, descripción de puestos de trabajo, y criterios que demuestren la competencia del talento humano que labora en el laboratorio

Si el laboratorio cuenta con ensayos acreditados con alcance de la visita de verificación en la norma NTC ISO/IEC 17025, puede colocar cumple en los siguientes ítems: 2.1; 2.4; 2.5; 2.6; 2.8; 2.10 y 2.11. Para los ensayos que no se encuentren en el alcance de acreditación se deben evaluar los siguientes ítems: 2.4; 2.8; 2.10 y 2.11

COD	TIPO	REQUISITO	MODO DE VERIFICACION	EVALUACIÓN			OBSERVACIONES	PUNTAJE
				C	NC	NA		
2.7	A	El laboratorio dispone de una persona con el conocimiento técnico y/o profesional, debidamente certificado en temas de bioseguridad y ambientales encargada de liderar la gestión ambiental y de bioseguridad en el laboratorio.	Verificar la existencia de un programa de manejo de residuos y de bioseguridad liderado por una persona competente, teniendo en cuenta el volumen de desechos y las responsabilidades a cargo en residuos y bioseguridad.	X			El LSP cuenta con el Manual de Bioseguridad Código LSP-MAN-GS-001 en el que se encuentra descrito el programa de manejo de Residuos PGIRASA. Se revisa la lista de chequeo hoja de vida código LSP-FOR-GA-007 de la profesional Leidy Tatiana Ortégón Torres profesional en Biología, magister en Gestión Ambiental, certificada como auditor Interno en Sistemas de Seguridad y Salud en el Trabajo según estándar OSHA 48001: 2007 quien liderar la gestión ambiental y de bioseguridad en el laboratorio.	3

HERRAMIENTA DE VERIFICACIÓN DE ESTANDARES DE CALIDAD

2.TALENTO HUMANO

Son aquellos requisitos inherentes a las políticas de personal, descripción de puestos de trabajo, y criterios que demuestren la competencia del talento humano que labora en el laboratorio

Si el laboratorio cuenta con ensayos acreditados con alcance de la visita de verificación en la norma NTC ISO/IEC 17025, puede colocar cumple en los siguientes ítems: 2.1; 2.4; 2.5; 2.6; 2.8; 2.10 y 2.11. Para los ensayos que no se encuentren en el alcance de acreditación se deben evaluar los siguientes ítems: 2.4; 2.8; 2.10 y 2.11

COD	TIPO	REQUISITO	MODO DE VERIFICACION	EVALUACIÓN			OBSERVACIONES	PUNTAJE
				C	NC	NA		
2.8	B	El laboratorio documenta e implementa los procesos de entrenamiento e inducción técnica para todo el personal que ingresa o cambia de actividad independiente de su modalidad de vinculación.	Verificar la existencia de un procedimiento implementado de inducción y entrenamiento técnico para el personal que ingresa nuevo definiendo: personal designado para entrenar, responsabilidades, procedimientos, tiempos asignados y evaluación de resultados. Este procedimiento debe incluir la evaluación del personal en Entrenamiento.	X			El LSP cuenta con el procedimiento 'Inducción, entrenamiento, autorización, supervisión y evaluación del personal', codificado como LSP-PRO-AD-003. Se evidencia la aplicación del formato correspondiente en las áreas de Físicoquímica y Atención a Personas.	2
2.9	B	El laboratorio dispone de personal de apoyo para servicios generales (aseo, mantenimiento general, vigilancia) de sus instalaciones.	Verificar la presencia permanente de personal de aseo y vigilancia de sus instalaciones, bien sea por vinculación directa o contratación de prestación de servicios. Verificar alcance de las actividades asignadas de apoyo técnico con cumplimiento de formación continua en la actividades relacionadas y con soportes de inducción, entrenamiento y seguimiento según apliquen (aseo de áreas técnicas, bioseguridad, preparación de soluciones de aseo y/o responsabilidad de ruta sanitaria).	X			El LSP cuenta con personal de servicios generales y vigilancia. Se revisan evidencias de capacitación y apropiación de conocimiento en bioseguridad, protocolos, atención al usuario, y prevención de riesgos de acuerdo con las actividades realizadas 6 de junio de 2025. El auxiliar Brayan no cuenta con esquema de vacunación para meningococo	2
2.10	B	El personal que integra el laboratorio participa en programas de educación continuada o capacitaciones técnicas con periodicidad mínima anual y a personal nuevo y evalúa su eficacia.	Verificar la participación en programas de capacitación continuada que permita mantener actualizados todos sus procesos y procedimientos, en temas relacionados con el fortalecimiento del laboratorio.	X			EL LSP cuenta con un formato Plan anual de capacitaciones código LSP/FOR/CA/005 donde registran y programan las capacitaciones de la vigencia. Se revisan evidencias de capacitación y apropiación de conocimiento.	2
2.11	B	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.	Verificar soportes que el procedimiento de evaluación de personal garantice su idoneidad, competencia y seguimiento para las labores asignadas se encuentre establecido.	X			Revisar aplicación del formato LSP-FOR-GA-021 supervisión procesos. Es importante realizar acompañamiento y seguimiento a los profesionales que ingresen al LSP para asegurar la idoneidad y competencias en las áreas asignadas	2

HERRAMIENTA DE VERIFICACIÓN DE ESTANDARES DE CALIDAD

3. INFRAESTRUCTURA Y DOTACION

Se refiere a los requisitos mínimos de las instalaciones físicas en cuanto a: organización de secciones o ambientes funcionales del espacio físico donde se desarrollan las actividades del laboratorio con su respectiva dotación, mantenimiento y sistemas de comunicación y registro.

COD	TIPO	REQUISITO	MODO DE VERIFICACION	EVALUACIÓN			OBSERVACION	PUNTAJE
				C	NC	NA		
3.1	A	La construcción o remodelación de la planta física del laboratorio se realizó cumpliendo las especificaciones de la norma vigente en sismo resistencia (aplica para laboratorios construidos después de marzo de 2010) o reforzamiento estructural para instituciones antes de 2010 constituidas como edificaciones indispensables y de atención a la comunidad localizadas en zonas de amenaza sísmica alta e intermedia.	*Verificar que el Laboratorio debe estar construido de acuerdo a las normas vigentes para edificaciones en cuanto a Sismo resistencia (Ley 400 de 1997 y la NSR 2010). Tener en cuenta que para construcciones antes de 2010 la aplicación de edificaciones indispensables (artículo 54 de la ley 400) según aplique.	X			Edificio construido bajo las normas de sismoresistencia.	3
3.2	A	Las instalaciones del laboratorio están distribuidas por secciones o ambientes de acuerdo a sus actividades misionales, que son debidamente identificadas con separación eficaz en donde se realicen actividades diferentes o incompatibles, para evitar cualquier tipo de contaminación cruzada.	Verificar la infraestructura física acorde a las unidades, secciones y ambientes de trabajo separadas y delimitadas, con secciones independientes en sus temas técnicos. Verificar que la sección administrativa está completamente separada de las secciones y ambientes técnicos. Debe existir una recepción de muestras separada de la unidad de eventos de interés en salud pública (atención al humano) y la unidad vigilancia de factores de riesgo y del ambiente. Verificar el control de acceso y el uso de las secciones/ambientes que lo requieran, según niveles de bioseguridad. El laboratorio debe garantizar que no se presente contaminación cruzada por deficiencia en la infraestructura física. Verificar frente a diseño arquitectónico LSP del MSPS.	x			El LSP cuenta con áreas administrativas y técnicas diferenciadas. Controla el de acceso las áreas con los formatos de control de ingreso del personal externo al laboratorio código LSP-FOR-AC-001 y con el listado de personal autorizado código UP FOR-GS-021 garantizando que solo el personal autorizado acceda a las zonas críticas.	3
3.3	A	El laboratorio cuenta con un área o espacio para pesaje que garantice el óptimo funcionamiento de las balanzas, contando con mesones estables, libres de corrientes de aire y de vibraciones, así como aseguramiento metrológico.	Indagar sobre la designación de un área específica para realizar el pesaje de reactivos, insumos, y materiales requeridos en las diferentes secciones del laboratorio que cuente con condiciones de funcionamiento y aseguramiento metrológico	x			El LSP cuenta con un área específica destinada al pesaje. Los equipos de pesaje poseen mantenimiento preventivo vigente y calibración certificada por laboratorios acreditados bajo la norma ISO/IEC 17025, siendo la última calibración realizada en el mes de noviembre. Adicionalmente, se realiza verificación rutinaria del funcionamiento de las balanzas mediante el uso de pesas calibradas. El área también cuenta con mesas antivibratorias, las cuales garantizan condiciones adecuadas para el pesaje preciso de reactivos en las distintas áreas del laboratorio.	3

HERRAMIENTA DE VERIFICACIÓN DE ESTANDARES DE CALIDAD

3. INFRAESTRUCTURA Y DOTACION

Se refiere a los requisitos mínimos de las instalaciones físicas en cuanto a: organización de secciones o ambientes funcionales del espacio físico donde se desarrollan las actividades del laboratorio con su respectiva dotación, mantenimiento y sistemas de comunicación y registro.

COD	TIPO	REQUISITO	MODO DE VERIFICACION	EVALUACIÓN			OBSERVACION	PUNTAJE
				C	NC	NA		
3.4	B	El laboratorio realiza el registro, seguimiento y control de las condiciones ambientales: humedad y temperatura y control microbiológico de ambientes y superficies en las áreas que lo requieran.	Verificar que el laboratorio registra, realiza seguimiento y análisis de las condiciones ambientales de las áreas técnicas y analiza el impacto frente al uso de las secciones o ambientes.		X		El LSP cuenta con el procedimiento instalaciones y condiciones ambientales código LSP-PRO-GM- 006 y realiza el registro de condiciones ambientales en el formato registro de condiciones ambientales código LSP-FOR-IV-056. Sin embargo, las áreas no cuentan con caracterización de áreas donde se establezcan los límites a controlar, lo que no les permite garantizar las condiciones requeridas por los equipos, reactivos e insumos almacenados ni requisitos de las metodologías realizadas en cada una de las áreas y no realizar análisis ni informes.	0
3.5	B	Todas los ambientes del laboratorio que requieran, deben contar con tomas de agua y pocetas funcionales que permiten la fácil limpieza de los materiales en procedimientos de lavado y descontaminación.	Verificar la existencia de tomas de agua y pocetas en los ambientes del laboratorio que se requieran.	X			El LSP cuenta con tomas de agua y pocetas funcionales.	2
3.6	B	El laboratorio cuenta con desagües adecuados para evitar la contaminación cruzada.	Verificar la existencia de desagües con rejilla.	X			El LSP cuenta con desagües con rejilla.	2
3.7	A	El laboratorio cuenta con áreas diferenciadas claramente para el lavado de material en cada una de las secciones que se requieran.	Verificar el lavado de material y desinfección en cada una de las secciones que se requieran.	X			El LSP cuenta con áreas de lavado diferenciadas para fisicoquímico, microbiológico y eventos de interés en salud pública.	3
3.8	B	Las secciones y ambientes técnicos del laboratorio cuenta con un sistema de ventilación acorde con los procedimientos que se realizan.	Revisar el acondicionamiento del aire en laboratorio y el mantenimiento de un flujo adecuado de las corrientes de aire: en el sentido de que éste circule siempre desde el lugar menos contaminado hacia el más contaminado Revisar la presencia de aires acondicionados (ubicación, mantenimiento), o sistemas de inyección o extracción de aires por ambientes y estado de filtros HEPA.	X			El LSP cuenta con sistema de aire acondicionado para todas las áreas con mantenimiento realizado en diciembre de 2024. Los mantenimientos se registran en el Formato de mantenimiento preventivo y correctivo código LSP-FOR-GM-030.	2
3.9	B	El laboratorio tiene espacios de almacenamiento en condiciones adecuadas para asegurar la continua integridad para todo tipo de muestras que requieran ser almacenadas.	Verificar que el laboratorio cuenta con adecuados espacios de almacenamiento de muestras acorde a los requerimientos estipulados en los documentos técnicos y evitando contaminación cruzada. Así como la toma de acciones frente a situaciones por fuera de especificación o no aseguramiento metrológico.	X			Para el área de fisicoquímico de aguas, se dispone de una nevera de almacenado de muestras El laboratorio cuenta con espacios destinados para el almacenamiento de muestras, sin embargo, se deben buscar alternativas para el almacenamiento de las láminas que llegan al laboratorio, evitando su deterioro y asegurando su trazabilidad.	2

HERRAMIENTA DE VERIFICACIÓN DE ESTANDARES DE CALIDAD

3. INFRAESTRUCTURA Y DOTACION

Se refiere a los requisitos mínimos de las instalaciones físicas en cuanto a: organización de secciones o ambientes funcionales del espacio físico donde se desarrollan las actividades del laboratorio con su respectiva dotación, mantenimiento y sistemas de comunicación y registro.

COD	TIPO	REQUISITO	MODO DE VERIFICACION	EVALUACIÓN			OBSERVACION	PUNTAJE
				C	NC	NA		
3.10	B	El laboratorio tiene espacios de almacenamiento en condiciones adecuadas para asegurar la continua integridad de: elementos, insumos y reactivos.	<p>Verificar que el laboratorio cuente con espacios para el almacenamiento de elementos, insumos o reactivos empleados en sus diferentes secciones.</p> <p>Igualmente deben tener clasificación de colores y la eliminación para reactivos según el lineamiento escogido.</p> <p>Para el almacenamiento de reactivos tener en cuenta el Decreto 1496:2018 y Resolución 773 de 2021 relacionado con la aplicación del Sistema Globalmente Armonizado SGA.</p>		x		<p>El LSP cuenta con los procedimientos 'Gestión de Inventario de Materiales' (código LSP-PRO-AD-011) y 'Programa de Manejo de Sustancias Químicas' (código LSP-PRO-GS-003), así como con el formato 'Matriz de Compatibilidad de Productos Químicos' (código LSP-FOR-GS-062). Sin embargo, el sistema aplicado actualmente para el almacenamiento de sustancias corresponde a la semaforización de J.T. Baker, el cual se encuentra en desuso.</p> <p>De acuerdo con lo establecido en el Decreto 1496 de 2018 y la Resolución 773 de 2021, el sistema de clasificación y rotulado de sustancias químicas que debe aplicarse es el Sistema Globalmente Armonizado (SGA). Este no ha sido implementado en el laboratorio, ya que no se considera la matriz de incompatibilidad basada en los pictogramas de peligro asociados a los reactivos para el almacenamiento respectivo, lo cual representa una desviación normativa y un riesgo potencial en la gestión de sustancias químicas</p>	0
3.11	B	El laboratorio tiene espacios de almacenamiento en condiciones adecuadas de: documentos, registros, resultados tanto en medio físicos como archivos electrónicos.	Verificar la presencia de archivo para los documentos físicos y electrónicos con el tamaño adecuado de acuerdo al volumen o complejidad del laboratorio.	x			El laboratorio dispone de un área adecuada para el archivo general, la cual cuenta con las condiciones apropiadas para el almacenamiento y conservación de documentos físicos, en concordancia con el nivel de complejidad y las necesidades operativas del laboratorio.	2
3.12	B	El laboratorio debe garantizar el suministro continuo de los servicios públicos y planta eléctrica.	<p>Verificar que el laboratorio cuente con suministro continuo de energía eléctrica, agua y/o gas natural.</p> <p>Verificar la disponibilidad de planta eléctrica y estado y mantenimiento de tanques de almacenamiento de agua con sus correspondientes mantenimientos.</p>	x			<p>El LSP cuenta con suministro continuo de energía eléctrica, agua e internet. Dispone de una planta eléctrica con mantenimiento programado bajo el contrato N.º 2151 del 15 de mayo de 2025; no obstante, esta solo brinda soporte a la red de frío del PAI.</p> <p>El ultimo mantenimiento de los tanques de agua se realizó el 24 de noviembre de 2024.</p>	2

HERRAMIENTA DE VERIFICACIÓN DE ESTANDARES DE CALIDAD

3. INFRAESTRUCTURA Y DOTACION

Se refiere a los requisitos mínimos de las instalaciones físicas en cuanto a: organización de secciones o ambientes funcionales del espacio físico donde se desarrollan las actividades del laboratorio con su respectiva dotación, mantenimiento y sistemas de comunicación y registro.

COD	TIPO	REQUISITO	MODO DE VERIFICACION	EVALUACIÓN			OBSERVACION	PUNTAJE
				C	NC	NA		
3.13	A	El laboratorio cuenta con la dotación permanente de insumos, reactivos, elementos de protección personal así como equipamiento suficiente para garantizar las actividades misionales de vigilancia en salud pública y vigilancia y control sanitario acorde a la Resolución 1646:2018	Verificar la presencia de dotación y quipos teniendo en cuenta la resolución 1646:2018 y su anexo técnico acorde al perfil epidemiológico, mapa de riesgos, volumen y frecuencias de muestras y desarrollo tecnológico de la región.	x			El laboratorio cuenta con la dotación de equipos e insumos suficientes para la ejecución adecuada de sus actividades analíticas y operativas, conforme a los requerimientos de su nivel de complejidad y capacidad instalada. Aunque el laboratorio cuenta con reactivos, se evidencia que se tienen dificultad en la adquisición de estuches para el diagnóstico de dengue, es prioritario que se realice la compra del reactivo y se realice el procesamiento de las muestras que se encuentran pendientes.	3
3.14	A	El laboratorio tiene documentadas las hojas de vida de equipos con datos de identificación, referencia, e historial de las operaciones metrológicas aplicables.	Indagar sobre la documentación de soporte de los equipos sea conocida por todo el personal y que se cuente con hoja de vida conocida y disponible que incluya: identificación del equipo, nombre, datos de contacto con apoyo técnico, número de serie, fecha de recepción y fecha de puesta en servicio, lugar en que se encuentra ubicado, si es nuevo, usado, reacondicionado o en comodato, manuales de usuario, requerimientos de operaciones de confirmación metrológica. Así como informes de operaciones metrológicas.	x			El LSP cuenta con el formato de Hojas de vida de los equipos código LSP-FOR-GM-001 Se revisa el formato hoja de vida del equipo CBS código LSP-FOR-GM-001 del área de recepción de muestras	3
3.15	B	El laboratorio cuenta con manuales de uso o tiene documentado el procedimiento de manipulación, cuidado y utilización segura, de cada uno de los equipos, señalando las precauciones que se deben tener en cuenta. Este es conocido y está disponible para el usuario.	Verificar que las instrucciones de uso de cada equipo estén a disposición del personal que lo manipula, y el laboratorio debe archivar los manuales de operación de cada equipo con conocimiento y acceso del personal que los maneja.	x			El LSP cuenta con el formato para la operación de equipos código LSP-FOR-GM-032 el cual describe la operación de los equipos.	2
3.16	A	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 (mantenimientos preventivos, correctivos o verificaciones intermedias).	Verificar la existencia de un plan metrológico anual de equipos, que incluya las operaciones de confirmación metrológicas aplicables. Verificar competencia de personal, procedimientos, registros cuando internamente el laboratorio realice intervenciones metrológicas (preventivos, correctivos o verificaciones intermedias).	x			El LSP cuenta con el formato Plan Metrológico código LSP-FOR-GM-004.	3
3.17	B	El laboratorio tiene implementado un plan de mantenimiento a sus instalaciones físicas de forma periódica.	Verificar en la institución mayor (planeación-infraestructura, entre otras) la programación y realización del mantenimiento a las instalaciones físicas para el cumplimiento de sus actividades misionales.	x			El mantenimiento de las instalaciones físicas del LSP esta dentro del POAI y es una de las metas del plan de desarrollo. Se revisa el contrato 3592 de 30 de octubre de 2024 con fecha de finalización del 3 de febrero de 2025 en el cual se evidencian reparaciones de infraestructura.	2

HERRAMIENTA DE VERIFICACIÓN DE ESTANDARES DE CALIDAD

3. INFRAESTRUCTURA Y DOTACION

Se refiere a los requisitos mínimos de las instalaciones físicas en cuanto a: organización de secciones o ambientes funcionales del espacio físico donde se desarrollan las actividades del laboratorio con su respectiva dotación, mantenimiento y sistemas de comunicación y registro.

COD	TIPO	REQUISITO	MODO DE VERIFICACION	EVALUACIÓN			OBSERVACION	PUNTAJE
				C	NC	NA		
3.18	B	El laboratorio tiene implementados sistemas de comunicación, informática y conectividad garantizando la comunicación al interior y al exterior del mismo, con todos sus usuarios de acuerdo a la ubicación geográfica y al grado de complejidad.	Verificar que el laboratorio cuente con un sistema en Red funcionando, mínimo debe existir comunicación entre secciones y/o ambientes por medio del uso de teléfono con extensiones cuando se encuentren separadas y garantizar el acceso a internet.	X			El LSP cuenta con teléfonos que les permite la comunicación entre las áreas.	2
3.19	C	El laboratorio cuenta con programas periódicos de mantenimiento, actualización y protección de software.	El laboratorio debe mantener una programación y soportes del mantenimiento, actualización del sistema operativo y programas de mayor uso y antivirus.	X			El LSP cuenta con el procedimiento control de datos y gestión de seguridad de la información código LSP-PRO-AD-002 que describe el programa de mantenimiento interno que incluye revisiones periódicos y exámenes periódicos de amenazas y con el formato hoja de vida de equipo de cómputo código LSP-FOR-GM- 026 donde se registran dichas revisiones.	1
3.20	C	El laboratorio mantiene copia de seguridad de la información generada y además determina los niveles de acceso de acuerdo a las responsabilidades del personal que maneja la información.	En el laboratorio debe estar estipulado el procedimiento de registro y de almacenamiento de la información generada como: resultados de las pruebas, datos de control de calidad, datos de notificaciones. Además se definen responsabilidades y niveles de acceso para el manejo de la información.	X			El LSP dispone del procedimiento para copias de seguridad (BACKUP), codificado como LSP-PRO-AD-001, el cual regula la ejecución de respaldos de la información contenida en los equipos de cómputo del Laboratorio de Salud Pública del Tolima. La ejecución de este procedimiento se documenta mediante el diligenciamiento del formato LSP-FOR-GC-003 'Registro de Copias de Seguridad', garantizando así el control y trazabilidad del proceso	1

HERRAMIENTA DE VERIFICACIÓN DE ESTANDARES DE CALIDAD EN SALUD PÚBLICA

4. REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Evalúa el cumplimiento de los estándares de calidad y bioseguridad definidos para la recolección, manipulación, remisión, transporte y conservación de muestras

COD	TIPO	REQUISITO	MODO DE VERIFICACION	EVALUACION			OBSERVACIONES	PUNTAJE
				C	NC	NA		
4.1	A	El laboratorio documenta e implementa a través de manuales, los procesos y procedimientos la recepción, manipulación, remisión, transporte y conservación de muestras "ítems" de ensayo y tiempos de entrega de resultados, en condiciones de calidad, seguridad, oportunidad y eficiencia	El laboratorio debe contar con un procedimiento implementado de recepción, manejo y transporte de muestras "ítems" de ensayo". Verificar que incluya lo respectivo a la vigilancia de aguas para consumo humano.	X			Para el area de fisicoquimico de aguas, el laboratorio cuenta con el procedimiento manipulación del ítem de ensayo fisicoquímico codigo LSP-PRO-IV-255. En el area de EISP Manual para el envío de muestras para la vigilancia de eventos de interes en salud publica red departamental de laboratorios codigo LSP-MAN-AC-001.	3
4.2	B	El laboratorio tiene documentado e implementado el proceso de referencia y contrareferencia de acuerdo con la capacidad técnica para la prestación del servicio, que incluya: ensayos o pruebas que remite a otros laboratorios, reporte de los ensayos remitidos, revisión de la solicitud del servicio, condiciones para la remisión de muestras "ítems" de ensayo" y cuenta con el servicio permanente de transporte especializado de muestras.	El laboratorio debe tener documentado e implementado su proceso de referencia y contrareferencia de acuerdo con su capacidad técnica y lo establecido en lineamientos nacionales (Resolución 1646:2018, entre otros) y mantiene un servicio permanente de transporte especializado de muestras. El laboratorio cuenta con personal certificado en transporte de muestras infecciosas.	X			El laboratio a la fecha dispone de un contrato para el transporte especializado de muestras, bajo el codigo 1590 con fecha del 3 de abril de 2025, con elite logistica y rendimiento SAS. Cuentan con personal certificado en trasporte de sustancias infecciosas Diego Barragan	2
4.3	B	Desde la coordinación o dirección del laboratorio se asegura que todos los procedimientos o lineamientos incluidos en referencia y contrarreferencia son del conocimiento del personal involucrado en la actividad.	El laboratorio se asegura de capacitar a su personal sobre los procedimientos o lineamientos de referencia y contra referencia a seguir para los eventos de interés en salud publica.	X			El LSP realizo capacitaciones en las fechas 2,3 4 y de marzo de 2025 se revisan listados de asistencia	2

HERRAMIENTA DE VERIFICACIÓN DE ESTÁNDARES DE CALIDAD EN SALUD PÚBLICA

4. REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Evalúa el cumplimiento de los estándares de calidad y bioseguridad definidos para la recolección, manipulación, remisión, transporte y conservación de muestras

COD	TIPO	REQUISITO	MODO DE VERIFICACION	EVALUACION			OBSERVACIONES	PUNTAJE
				C	NC	NA		
4.4	A	El laboratorio tiene establecidos procedimientos para la verificación de la trazabilidad de las muestras "ítems de ensayo".	La trazabilidad comienza con la recepción de muestras y su identificación hasta que se genera el informe del resultado. Permite realizar el rastreo de las muestras, permite establecer responsabilidades.		X		<p>Se realiza trazabilidad para las muestras de: Parasitología lámina 1580-2025 y 2098-2025 de Suero, cepa de microbiología 1431, para entomología ENTO-FA-13-2025 del Hospital San Rafael del Espinal y muestra biología molecular IRAG-83-2025, la muestras se encuentra en el VISP-BM-244.</p> <p>Encontrando que la lámina de 1580-2025 se encuentra en el área administrativa sin trazabilidad al código interno, sin evidencia de datos primarios y reporte de resultados, se emite reporte por correo electrónico si usar formato institucionales.</p> <p>El suero 2098-2025 se evalúa en el marco de control de calidad pero los formatos de evaluación se remiten al laboratorio sin la respectiva evaluación.</p> <p>Es importante estandarizar las codificaciones y/o etiquetas de los escuches donde se van a almacenar las muestras.</p> <p>Se revisa trazabilidad para muestras de virología VR-1667, VR-2735, al momento de la visita el LSP tiene muestras represadas por no tener disponibilidad de reactivo para procesar Dengue</p> <p>Se revisa trazabilidad para TSH neonatal TSH-764 se evidencia reporte de resultados</p>	0



La salud es de todos

Minsalud



HERRAMIENTA DE VERIFICACIÓN DE ESTANDARES DE CALIDAD

5. BIOSEGURIDAD Y MANEJO DE RESIDUOS

Define la implementación de medidas, procedimientos básicos de bioseguridad y manejo de residuos de acuerdo a la normatividad vigente.

COD	TIPO	REQUISITO	MODO DE VERIFICACION	EVALUACIÓN			OBSERVACIONES	PUNTAJE
				C	NC	NA		
5.1	A	El laboratorio cuenta con un manual o procedimiento de bioseguridad aprobado, implementado y divulgado.	Verificar la existencia y el contenido del manual de bioseguridad en lo que hace referencia a las muestras procesadas en el laboratorio y comprobar la disponibilidad que tienen todos los integrantes del laboratorio del mismo.	X			El LSP cuenta con el Manual de Bioseguridad Código LSP-MAN-GS-001 versión 8, la cual se encuentra administrada en el SGC el día 2025-04-02	3
5.2	A	El manual de bioseguridad tiene un enfoque basado en la identificación, análisis y gestión del riesgo acorde a los agentes biológicos y sustancias químicas que se manejan en el laboratorio.	Verificar el contenido del manual de bioseguridad en lo que hace referencia a la identificación, análisis y gestión del riesgo asociado a las muestras que manipula, Verificar esquema de inmunidad requerido y su seguimiento de los funcionarios. Tener en cuenta Manual de bioseguridad de laboratorios OMS cuarta edición (2020) y monografías específicas.	X			El LSP cuenta con el Manual de Bioseguridad con enfoque en la evaluación del riesgo biológico; y cuenta con la realización de las fichas de evaluación del riesgo biológico; sin embargo, el profesiograma código LSP-FOR-GS-046 no se encuentra articulado con el Manual de Bioseguridad y no contempla el esquema de inmunización requerido para la ejecución de las actividades analíticas, por lo que no es claro si el personal cuenta con las vacunas que requiere.	3
5.3	A	El personal del laboratorio usa los elementos de protección personal acorde a los agentes químicos o biológicos identificados, así como un manejo adecuado para la atención de derrames y evidencia de condiciones de orden, aseo, limpieza y desinfección.	Debe indagarse sobre el tipo de agentes químicos o infecciosos manejados por el laboratorio y verificar el adecuado uso de EPP Así mismo el laboratorio debe encontrarse ordenado, limpio y libre de materiales no relacionados con el trabajo. *Verificar kit anti derrames y esquemas de manejo en derrames.	X			El laboratorio dispone de los Equipos de Protección Personal (EPP) necesarios para la ejecución de las actividades y con kit antiderrames químico, disponibles para la atención de incidentes relacionados. Sin embargo, no cuenta con un kit antiderrames biológico.	3
5.4	A	El laboratorio cuenta con cabinas de bioseguridad biológica para el manejo y procesamiento de agentes biológicos y cabinas extractoras de gases según aplique.	El laboratorio debe asegurar que realiza proceso o procedimientos técnicos para el manejo adecuado de los agentes biológicos que manejan para la seguridad de la muestra, el personal y el medio ambiente. Igualmente evitar el riesgo de salud en el personal que manipula reactivos. Tener en cuenta diseño arquitectónico de LSP del MSPS.	X			El laboratorio dispone de cabinas de seguridad biológica destinadas a la realización de análisis de muestras, garantizando condiciones seguras para el personal y el entorno.	3



La salud es de todos

Minsalud



HERRAMIENTA DE VERIFICACIÓN DE ESTANDARES DE CALIDAD

5. BIOSEGURIDAD Y MANEJO DE RESIDUOS

Define la implementación de medidas, procedimientos básicos de bioseguridad y manejo de residuos de acuerdo a la normatividad vigente.

5.5	A	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.	El laboratorio debe documentar los procedimientos relacionados con la gestión integral de residuos. El documento debe seguir los lineamientos contenidos en el Decreto 351 de 2014 (contenido en el decreto único reglamentario del sector salud 780:2016) y transitoriamente la Resolución 1164 de 2002 Manual de procedimientos para la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares y Decreto Único Reglamentario del Sector Ambiente 1076 de 2015 Título 6 Residuos Peligrosos o aquellos que los modifiquen o sustituyan.	x			El LSP dispone de un plan de gestión de residuos documentado en el Plan de Gestión Integral de Residuos Generados en Atención en Salud y Otras Actividades (PGIRASA) código LSP-MAN-GS-003.	3
5.6	A	El laboratorio cumple con las especificaciones técnicas de los recipientes para la recolección de residuos (reutilizables, desechables, cortopunzantes, químicos y radiactivos).	La segregación de residuos en todas las áreas del laboratorio debe realizarse en recipientes adecuados por dimensiones, tipo y resistencia de los materiales y rotulado con pictogramas de acuerdo al tipo de residuo según Resolución 1164 de 2002 o normatividad que la modifique o sustituya	x			El LSP dispone de los recipientes adecuados para la recolección de residuos.	3
5.7	A	El Laboratorio adopta el código de colores para los recipientes de recolección de residuos y realiza una correcta separación de residuos, de acuerdo a la actividad desarrollada por cada sección del laboratorio.	Según el plan para la gestión integral de los residuos generados en la atención en salud y otras actividades se deben seguir las especificaciones de código de colores para el manejo de residuos. Normatividad vigente: transitoriamente la Resolución 1164 de 2002, Resolución 2184 de 2019 y Resolución 1344 de 2020 por la cual se amplía plazo para implementación de código de colores en el sector salud. Verificar documentación e implementación gradual de la transición del código de colores.	x			El laboratorio realiza la recolección de residuos de acuerdo con el código de colores establecido, conforme a lo reglamentado en el documento interno LSP-MAN-GS-003 'Plan de Gestión Integral de Residuos Generados en Atención en Salud y Otras Actividades (PGIRASA)'	3
5.8	A	El laboratorio realiza todos los procesos de tratamiento y disposición final de residuos infecciosos, químicos, y radiactivos con gestores externos autorizados por la autoridad ambiental competente. Dicho contrato o convenio debe estar vigente y la prestación del servicio debe ser permanente así mismo el laboratorio verifica los procedimientos de tratamiento y disposición final de los residuos peligrosos contratados con el gestor contratado.	En el plan de gestión integral de residuos generados en la atención en salud y otras actividades, deben establecerse los procedimientos de tratamiento y disposición final de los residuos peligrosos, el cual debe incluir la totalidad de los residuos generados por el laboratorio basados en la caracterización de los mismos por cada sección o área de trabajo los cuales deben ser descritos en el plan Para residuos químicos verificar hojas y tarjetas de seguridad Verificar soportes de visita a proveedor externo	x			A la fecha, el laboratorio cuenta con el contrato vigente para la disposición de residuos correspondientes a la ruta del PGIR, según lo establecido en el contrato N.º 1188 del 18 de marzo de 2025. Contrato gestor 1188 del 18 marzo de 2025 con Biológicos contaminados SAS SP, se realiza visita al gestor realizado por Diego Barragán LSP-MAN-GS-003 Plan de gestión integral de residuos generados en atención en salud y otras actividades (PGIRASA)	3



La salud es de todos

Minsalud



HERRAMIENTA DE VERIFICACIÓN DE ESTANDARES DE CALIDAD

5. BIOSEGURIDAD Y MANEJO DE RESIDUOS

Define la implementación de medidas, procedimientos básicos de bioseguridad y manejo de residuos de acuerdo a la normatividad vigente.

5.9	B	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 1993).	En el plan de gestión integral de residuos generados en la atención en salud y otras actividades, deben establecerse los procedimientos de desactivación, que deben incluir los residuos generados por el laboratorio basados en la caracterización de los mismos por cada sección o área de trabajo los cuales deben ser descritos en el plan.		X		El laboratorio no ejecuta el tratamiento in situ de residuos como medida de bioseguridad. Esta situación se identificó durante el ejercicio de trazabilidad realizado en el área de atención a personas, donde se evidenció la disposición de cajas de Petri directamente a la ruta sanitaria. Según el programa interno del laboratorio, estos residuos deben ser previamente autoclavados y desactivados, por lo que esta práctica representa una desviación del procedimiento interno y constituye un riesgo para la bioseguridad.	0
5.10	A	El laboratorio establece e implementa la ruta sanitaria interna de recolección de residuos peligrosos y no peligrosos de acuerdo a los criterios definidos en la Resolución 1164 de 2002.	Los procedimientos de la ruta sanitaria están documentadas en el PGRH especificando esquema de la ruta, franjas horarias por tipos de residuos, frecuencias, mecanismos para transportar los residuos al cuarto de almacenamiento central, responsables y uso de elementos de protección personal.		X		El laboratorio ejecuta de manera oportuna la ruta sanitaria para residuos sólidos, conforme a lo establecido en su Manual de Plan de Gestión Integral de Residuos (PGIR). Sin embargo, el esquema actual no contempla de forma clara la definición ni el manejo de los residuos líquidos generados por el laboratorio, lo cual representa una limitación en la gestión integral de residuos	0
5.11	A	El laboratorio tiene un cuarto central de acopio para el almacenamiento de residuos que cumple con la dotación mínima exigida por la normatividad vigente.	Los criterios de adecuación para el cuarto de almacenamiento de residuos, deben estar basados en los establecidos en la Resolución 1164 de 2002 o normatividad que la modifique o sustituya		X		A la fecha, el laboratorio no dispone de un área para el pesado de residuos, ya que no cuenta con una balanza. Esta condición contraviene lo establecido en la Resolución 1164, sección 7.2.6.2, la cual indica que, adicional a las condiciones de la unidad técnica de almacenamiento intermedio, el almacenamiento central debe disponer de una báscula y llevar un registro para el control de la generación de residuos. Asimismo, considerando la posibilidad de recibir residuos anatómo-patológicos —como ocurrió el día 11 de junio de 2025— el laboratorio debe disponer de un refrigerador en el área de residuos que permita conservar este tipo de material en condiciones controladas, garantizando su adecuado almacenamiento temporal conforme a los lineamientos de bioseguridad y gestión de residuos peligrosos.	0
5.12	A	El laboratorio cumple con el adecuado etiquetado de residuos para ser entregados a los gestores externos.	El etiquetado de residuos permite establecer la trazabilidad del residuo desde su generación hasta su disposición final, la etiqueta contiene: tipo de residuo, lugar de origen, fecha de recolección y responsable del procedimiento.		X		Las etiquetas utilizadas por el laboratorio no son adecuadas para el tipo de residuo generado. Particularmente en el área de Físicoquímica de aguas, las etiquetas no permiten una adecuada identificación de los riesgos asociados a los reactivos utilizados, lo cual representa una limitación en el cumplimiento de los lineamientos de bioseguridad y gestión de residuos peligrosos. Adicionalmente, en el área de atención a personas, las bolsas actualmente utilizadas no permiten una correcta identificación del residuo generado, lo que dificulta su clasificación y manejo adecuado.	0



La salud es de todos

Minsalud



HERRAMIENTA DE VERIFICACIÓN DE ESTANDARES DE CALIDAD

5. BIOSEGURIDAD Y MANEJO DE RESIDUOS

Define la implementación de medidas, procedimientos básicos de bioseguridad y manejo de residuos de acuerdo a la normatividad vigente.

5.13	B	El laboratorio diligencia los registros de cuantificación de residuos (RH1).	Todos los residuos generados en el laboratorio deben cuantificarse y registrarse en el formato RH1 de acuerdo a lo establecido en la Resolución 1164 de 2002 o normatividad que la modifique o sustituya que permita calcular los indicadores de gestión interna y emitir los informes que la autoridad sanitaria o ambiental solicite.	x			El laboratorio dispone del formato RH1, el cual se encuentra reglamentado bajo el código interno LSP-FOR-GS-001. Este formato es diligenciado por el auxiliar Diego Barragán	2
5.14	C	El laboratorio cuenta con la caracterización de aguas residuales mediante laboratorio acreditado por el IDEAM y toma acciones frente a sus resultados, así mismo cuenta con permisos para emisiones atmosféricas (según aplique).	Debe preguntarse en el laboratorio por la caracterización de las aguas residuales del laboratorio de acuerdo con el Decreto 1076 de 2015 y la Resolución 631 de 2015 o normatividad que la modifique o sustituya e Indagar sobre las acciones tomadas frente a los resultados obtenidos Indagar sobre el permiso de emisiones atmosféricas para casos en los que el laboratorio posee fuentes fijas de emisión de gases como: calderas, hornos solicitar permiso de emisión dada por autoridad competente.	X			El laboratorio realizó la captura de agua para la caracterización; sin embargo, aún no cuenta con el informe y dispone de un certificado emitido por el laboratorio Corcuencas, en el cual se indica que el informe será entregado el día 04 de julio de 2025.	1
5.15	B	El laboratorio cuenta con plan de contingencias para el manejo de residuos ante accidentes o cualquier eventualidad como falta de contrato para la recolección de residuos, falta de personal para realizar la ruta sanitaria, falta de suministro de bolsas acorde al código de colores, entre otras.	El laboratorio debe documentar el plan de contingencia para el manejo de residuos acorde a la normatividad vigente y con personal preparado para su implementación (decreto 1076:2015 o normatividad que la modifique o sustituya)	x			El laboratorio dispone de un Plan de Contingencias para el manejo de residuos, el cual se encuentra reglamentado en el numeral 4.1.3 del documento interno LSP-MAN-GS-003 'Plan de Gestión Integral de Residuos Generados en Atención en Salud y Otras Actividades (PGIRASA)'	2
5.16	A	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.	Verificar la presencia del lavaojos y la ducha de emergencia de fácil acceso, mantenimiento y funcionamiento Verificar registros de verificación de funcionamiento de la duchas y lavaojos.	x			El laboratorio dispone de duchas de emergencia y lavamanos operativos y en funcionamiento, conforme se evidencia en el formato LSP-FOR-IV-097, correspondiente a la revisión periódica de su operatividad.	3

HERRAMIENTA DE VERIFICACIÓN DE ESTANDARES DE CALIDAD
6. PROCESO PRIORITARIO

Incluye todas las actividades que el laboratorio debe realizar en el marco del Sistema de Vigilancia en Salud Pública y vigilancia y control sanitario.

COD	TIPO	REQUISITO	MODO DE VERIFICACION	EVALUACIÓN			OBSERVACIONES	PUNTAJE
				C	NC	NA		
6.1	A	El personal del laboratorio conoce sus responsabilidades dentro de la red nacional de laboratorios, el sistema de vigilancia en salud pública y vigilancia y control sanitario y asegura frente a ceses voluntarios de actividades por diferentes circunstancias (ajustes de infraestructura, entre otras) la elaboración e implementación de un plan de contingencia para la continuidad de las actividades misionales cuando se requiera.	*El coordinador debe asegurar que los profesionales del laboratorio conozcan sus responsabilidades dentro del sistema de vigilancia normado referente a la Red Nacional de Laboratorios: Decreto 780 de 2015 (contiene decreto 3518/2006 y el decreto 2323 de 2006), resolución 1619 de 2015, Resolución 1646:2018 y anexo técnico y Resolución 0561:2019. *Verificar análisis de brechas frente al anexo técnico de la Resolución 1646:2018. Verificas la implementación de planes de contingencia cuando declaren cese voluntario de actividades por diferentes circunstancias (ajustes de infraestructura).	X			El LSP realizó el análisis de cumplimiento de la Resolución 1646 de 2018 en el LSP Tolima consolidado 2025 del LSP Tolima obteniendo un cumplimiento de 95.9% evidenciando el cumplimiento. Además, en la vigencia 2024 tenía cumplimiento de 89.9%. El LSP realizó la socialización al personal del sistema de vigilancia en salud pública y las responsabilidades el día 03 de abril de 2025; se verifica registro de asistencia y cuenta con el plan de contingencia código LSP- MAN-GS-006.	3
6.2	B	El laboratorio se encuentra dando cumplimiento a la Resolución 561:2019 emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social	Verificar la inscripción y registro de pruebas de interés en salud pública en el aplicativo Relab del MSPS y la verificación de la información reportada en el RELAB por los laboratorios de la Red, según competencia y área de influencia.	X			El LSP se encuentra inscrito y tiene registradas las pruebas de interés en salud pública en el aplicativo Relab.	2
6.3	A	El laboratorio conoce los lineamientos nacionales vigentes de operación y respuesta frente a eventos de interés en salud pública y vigilancia y control sanitario.	El coordinador debe asegurar que los profesionales del laboratorio conozcan e implementen los lineamientos nacionales para adecuado abordaje de los eventos de interés en salud pública según las competencias definidas (protocolos de vigilancia, guías de laboratorio, circulares, lineamientos de calidad y vigilancia por laboratorio, entre otros). El coordinador debe asegurar la retroalimentación de los cursos, talleres o eventos al personal del laboratorio según aplique.	X			Se evidencia que el LSP realiza capacitación en lineamientos relacionados con la vigilancia de eventos de interés en salud pública. Se revisa registro de asistencia y presentación de la socialización de la circular 012 Fiebre amarilla el 07 de abril de 2025.	3
6.4	B	El laboratorio participa en la elaboración de los boletines epidemiológicos remitiendo información de su competencia, o en publicaciones en conjunto con los responsables de vigilancia en salud pública, salud ambiental y coordinadores de programas.	Indagar con el responsable de vigilancia la verificación de envío de los resultados emitidos por el laboratorio con destino al área correspondiente para la inclusión en los boletines epidemiológicos o publicaciones por el medio que la entidad territorial disponga para tal fin.	X			El LSP está realizando el reporte diario de resultados del brote de fiebre amarilla con el cual el área encargada de la gobernación realiza los informes SITREP del evento.	2
6.5	A	El laboratorio participa en estudios de vigilancia epidemiológica planteados por el nivel territorial o nacional de acuerdo a prioridades en salud pública.	Verificación de la participación del laboratorio en los estudios, formulación de protocolos, vigilancia centinelas que el laboratorio de referencia, el área de vigilancia o nivel territorial realiza.	X			EL LSP participa en la vigilancia centinela de IRAG y remite de forma semanal la información correspondiente a la circulación en el territorio de virus respiratorios (FluNet) al INS.	3

HERRAMIENTA DE VERIFICACIÓN DE ESTÁNDARES DE CALIDAD
6. PROCESO PRIORITARIO

Incluye todas las actividades que el laboratorio debe realizar en el marco del Sistema de Vigilancia en Salud Pública y vigilancia y control sanitario.

COD	TIPO	REQUISITO	MODO DE VERIFICACION	EVALUACIÓN			OBSERVACIONES	PUNTAJE
				C	NC	NA		
6.6	B	El Laboratorio participa activamente en el Comité de Vigilancia Epidemiológica COVE Nacional, Departamental o Distrital según su competencia.	Indagar con el responsable de vigilancia si el laboratorio siempre cuenta con un representante en los comités de Vigilancia Epidemiológica - COVE Nacional Departamental o Distrital.	X			Se evidencia la participación activa del Subdirector y/o Referente del Laboratorio de Salud Pública en los COVES, respaldada por circulares oficiales emitidas por la Secretaría de Salud.	2
6.7	A	El laboratorio cuenta con un proceso sistemático de información o comunicación hacia el grupo de vigilancia o autoridad competente y de acuerdo a flujos de información dentro del sistema de vigilancia en salud pública para la confirmación de EISP y vigilancia y control sanitario (Flujo de información: Artículo 2.8.8.1.2.8. Decreto 780 de 2016) de manera oportuna	Indagar con el responsable de vigilancia si cuenta con un mecanismo de información y comunicación sobre los resultados que emite el laboratorio con relación a los EISP y vigilancia y control sanitario	X			El LSP cuenta con el Procedimiento de comunicación de gestión de la información LSPD al área de vigilancia epidemiológica departamental código LSP-PRO-AD-013. Se evidencia implementación del procedimiento en los reportes diarios de resultados del brote de fiebre amarilla con el cual el área encargada de la gobernación.	3
6.8	A	El laboratorio hace uso de manera oportuna de los canales de comunicación definidos para transmitir la información sobre confirmación o análisis de los eventos de interés en salud pública y vigilancia y control sanitario hacia los responsables de la Dirección Territorial de Salud o Instituto Nacional de Salud.	Los laboratorios deben tener claramente definida la documentación requerida (formatos, procedimiento) para la transmisión de la información de los EISP y vigilancia y control sanitario según aplique, asegurando siempre la confidencialidad de la información remitida.	X			El LSP cuenta con el Procedimiento de comunicación de gestión de la información LSPD al área de vigilancia epidemiológica departamental código LSP-PRO-AD-013.	3
6.9	A	El laboratorio gestiona y participa en proyectos de investigación en temas relacionados con los eventos de interés en salud pública y vigilancia y control sanitario	Indagar la participación del laboratorio en los proyectos o propuestas de investigación que tenga la Entidad Territorial de Salud o con otras instituciones del nivel municipal, departamental, nacional o internacional en lo relacionado con temas de interés en salud pública y control sanitario.	X			Actualmente el LSP se encuentra ejecutando el proyecto "Fortalecimiento de los niveles de bioseguridad y biocontención del laboratorio de salud pública del Tolima para la caracterización de microorganismos de alto riesgo enmarcado en la vigilancia en salud pública del departamento del Tolima"	3
6.10	A	La institución cuenta con planificación y seguimiento para la verificación de estándares de calidad en salud pública a su red departamental o distrital, acorde a la normatividad vigente (Resolución 1619 de 2015)	Verificar que la institución tenga claro el procedimiento de aplicación de estándares de calidad, cuente con las listas de verificación vigentes del INS, así como la programación y ejecución de visitas de estándares de calidad a su red departamental o distrital acorde a lo estipulado en la resolución 1619 de 2015.	X			El LSP presenta un cumplimiento en el indicador de gestión técnica de "Estándares de Calidad" del 82,9% para el año 2024. Cuenta con un cronograma de visitas de verificación de estándares de calidad resolución 1619 de 2015 para ejecutar en el año 2025, con una base de datos visitas de estándares de calidad resolución 1619 de 2015 Código LSP-FOR-GA-027 y un consolidad de redes actualizado. Actualmente tienen una cobertura del 100% de visita inicial a sus laboratorios de la red con sus respectivos seguimiento, y tienen programadas visitas de mantenimientos y cumplimientos; adicional están priorizando visitas por fiebre amarilla.	3

HERRAMIENTA DE VERIFICACIÓN DE ESTANDARES DE CALIDAD
6. PROCESO PRIORITARIO

Incluye todas las actividades que el laboratorio debe realizar en el marco del Sistema de Vigilancia en Salud Pública y vigilancia y control sanitario.

COD	TIPO	REQUISITO	MODO DE VERIFICACION	EVALUACIÓN			OBSERVACIONES	PUNTAJE
				C	NC	NA		
6.11	A	El laboratorio administra adecuadamente el censo de los laboratorios públicos y privados, para la planeación de actividades, control de calidad, estándares de calidad y emisión de lineamientos departamentales.	A través de la verificación del documento o procedimiento para el levantamiento de información de los laboratorios Nacionales o de la jurisdicción correspondiente. A través de la implementación de la Resolución 0561:2019	X			El LSP cuenta con un censo de la red departamental de laboratorios. Actualmente están inscritos 112 laboratorios clínicos con EISP y verificados 99 y laboratorios de aguas 7 verificados.	3
6.12	A	El laboratorio realiza a los laboratorios de su área de influencia pruebas de Evaluación Externa Directa e Indirecta del Desempeño (EEDD/EEID) acorde a una programación, seguimiento y análisis respectivo.	Para los laboratorios de salud pública es importante garantizar la competencia técnica de los laboratorios de su área de influencia, deben contar con lineamientos y procedimientos.	X			El Laboratorio cuenta con la página web de la secretaría de salud del LSP donde encuentran directrices y formatos para el envío de las EEDI y realizaron socialización a la red en las capacitaciones del 2025-05 -20,21 y 22. El LSP realiza EEDI para los EISP de las áreas de genética, tuberculosis, microbiología, parasitología y virología. El área de Hemovigilancia e infecciosas cuentan con programación y seguimiento mes a mes para el cumplimiento del envío de muestras y realizan un informe anual tanto del desempeño como de los resultados. Para la vigilancia de hipotiroidismo congénito se cuentan con programación mensual EEID para los laboratorios de la red que procesan este tipo de muestra, con su respectivo seguimiento.	3
6.13	A	El laboratorio ofrece capacitaciones y/o talleres en temas de interés en salud pública y vigilancia y control sanitario, referencia y contra referencia a los laboratorios que pertenecen a la Red en su área de influencia, acorde a una programación, seguimiento y análisis respectivo.	Verificar la programación anual para los laboratorios de la red y su correspondiente seguimiento	X			El LSP cuenta con el formato Plan anual de capacitaciones código LSP/FOR/ CA/005. Realizo el taller de actualización de la vigilancia por laboratorio de eventos de interés en salud pública el 19 de mayo de 2025, se revisan listados de asistencia y apropiación de conocimiento.	3
6.14	C	El laboratorio realiza reactivo-vigilancia de acuerdo a la normatividad vigente y reporta sus hallazgos.	Los laboratorios deben enviar información sobre los efectos indeseados no descritos o desconocidos relacionados con el uso de reactivos de diagnóstico in vitro. Deben contar mínimo con: un responsable, la inscripción, manual y reportes según periodicidad definida.	X			El LSP cuenta con el Manual y programa de reactivo y tecnovigilancia código LSP-MAN-IV-007 y con el formato Verificación reporte fármaco reactivo y tecnovigilancia código LSP-FOR-IV-035 donde se evidencia la revisión semanal de reportes de farmacovigilancia, tecnovigilancia y reactivovigilancia. La persona responsable es la Claudia Mercedes Gómez.	1

HERRAMIENTA DE VERIFICACIÓN DE ESTANDARES DE CALIDAD
6. PROCESO PRIORITARIO

Incluye todas las actividades que el laboratorio debe realizar en el marco del Sistema de Vigilancia en Salud Pública y vigilancia y control sanitario.

COD	TIPO	REQUISITO	MODO DE VERIFICACION	EVALUACIÓN			OBSERVACIONES	PUNTAJE
				C	NC	NA		
6.15	A	El laboratorio realiza asistencia técnica y asesoría directa a los laboratorios que pertenecen a la Red en su área de influencia, acorde a una programación, seguimiento y análisis respectivo.	El laboratorio debe verificar el procedimiento de asistencia técnica para los laboratorios públicos y privados de su área de influencia. Según su competencia y evaluación realizada.	X			El LSP cuenta con el procedimiento asistencia técnica, seguimiento a la red departamental de laboratorios y a la red de sangre código LSP-PRO-IV-004 y con el formato visita de supervisión y asistencia técnica eventos de interés en salud pública LSP- FOR-CA-001 y tienen programado iniciar presenciales para el segundo semestre. Además, realizan programación a solicitud de los laboratorios de la red una vez al mes.	3
6.16	A	El laboratorio realiza las pruebas fisicoquímicas requeridas por la normatividad vigente (Artículo 24 y 25 de la resolución 2115 de 2007) para la vigilancia de la calidad del agua para consumo humano así como también las definidas en el mapa de riesgos.	Verificar que el laboratorio realice los parámetros mínimos establecidos en la resolución 2115 de 2007 para la vigilancia de la calidad fisicoquímica en aguas para consumo humano según población atendida.	x			Aunque el laboratorio realiza análisis rutinario conforme en concordancia con sus funciones misionales, dando cumplimiento a los requerimientos establecidos por la resolución 2115, aún hay deficiencias en el diagnóstico del mapa de riesgos del Departamento del Tolima	3
6.17	A	El laboratorio realiza las pruebas microbiológicas requeridas por la normatividad vigente (Artículo 24 y 25 de la resolución 2115 de 2007) para la vigilancia de la calidad del agua para consumo humano así como también las definidas en mapa de riesgo.	Verificar que el laboratorio realice los parámetros mínimos establecidos en la resolución 2115 de 2007 para la vigilancia de la calidad microbiológica en aguas para consumo humano según población atendida.	x			El laboratorio realiza de manera rutinaria la vigilancia de coliformes totales y fecales. Sin embargo, es importante consolidar el mapa de riesgos microbiológico para aguas de consumo humano Se recomienda realizar el mapa de riesgo departamental	3
6.18	B	La Entidad Territorial de Salud reporta oportunamente al SIVILAB (Modulo SIVICAP) los datos de la vigilancia de la calidad del agua para consumo humano acorde a la normatividad vigente.	Verificar que la ETS realice oportunamente el registro de los análisis realizados establecidos en la resolución 2115 de 2007 para la vigilancia de la calidad microbiológica y fisicoquímica en aguas para consumo humano según población atendida			X	Se evidencia un incumplimiento en el indicador de notificación oportuna en el sistema SIVICAP, registrando un cumplimiento del 18% para el primer trimestre del año 2025.	0



La salud es de todos

Minsa



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

invima

CONCEPTO DE LA APLICACIÓN DE LA HERRAMIENTA DE ESTANDARES Y COMPROMISOS ADQUIRIDOS POR EL LSP

PORCENTAJE	88,3%		
PUNTOS ADICIONALES		Acreditación de ensayos ISO/IEC 17025	CUMPLE
PUNTAJE FINAL	90,3%		

OBSERVACIONES (FORTALEZAS, HALLAZGOS)

FORTALEZAS:

El laboratorio cuenta con un equipo de trabajo que demuestra alto compromiso, disposición colaborativa y sentido de pertenencia hacia la institución. La calidad humana del personal se refleja en la adecuada comunicación interna, el trabajo en equipo y el ambiente laboral positivo, lo cual contribuye de manera significativa al cumplimiento de los objetivos misionales del laboratorio.

El laboratorio cuenta con una infraestructura adecuada, con espacios físicos bien distribuidos y adaptados a los requerimientos técnicos y normativos, lo que facilita el desarrollo eficiente y seguro de las actividades.

Se evidencia una adecuada organización funcional de las áreas, con delimitación clara de zonas limpias, sucias y críticas, lo que favorece el flujo operativo. El laboratorio cuenta con un equipo profesional y técnico debidamente calificado, con formación académica pertinente y experiencia en las áreas de análisis físico-químico, microbiológico y atención a personas.

HALLAZGOS: (FRENTE A LOS HALLAZGOS EN ESTE ESPACIO CONSIGNADOS SE DEBE LEVANTAR PLAN DE ACCIÓN)

1. ORGANIZACIÓN Y GESTION

1.8. El laboratorio no cumple con los tiempos de retención documental establecidos en las tablas de retención documental vigentes de acuerdo con la Resolución 0839 de 2017.

1.17. Aunque el LSP de Tolima, tienen metodologías verificadas para el área de físico-químico de aguas, durante la visita se encontró que para el área de atención a humanos se tiene verificada un solo ensayo del microbiología para la identificación de microorganismo por VITEK, es importante avanzar y aumentar el número de técnicas verificadas para el área de atención a humanos.

1.22. El laboratorio presenta desviaciones en la aplicación del procedimiento para la emisión y entrega de informes de resultados, lo cual afecta la trazabilidad y control del proceso.

3. INFRAESTRUCTURA Y DOTACION

3.4. No se cuenta con una caracterización de áreas que establezca los límites de control ambiental, lo cual impide garantizar las condiciones requeridas para los equipos, reactivos, insumos y metodologías, así como realizar análisis e informes asociados.

3.10. No se ha implementado el Sistema Globalmente Armonizado (SGA) para el almacenamiento de sustancias químicas, al no considerarse la matriz de incompatibilidad según los pictogramas de peligro, lo que representa una desviación normativa y un riesgo potencial en su gestión.

4. REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

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



La salud
es de todos

Ministerio de
Salud



Invima

CONCEPTO DE LA APLICACIÓN DE LA HERRAMIENTA DE ESTANDARES Y COMPROMISOS ADQUIRIDOS POR EL LSP

5. BIOSEGURIDAD Y MANEJO DE RESIDUOS

- 5.9. El laboratorio no realiza el pretratamiento in situ de los residuos antes de su almacenamiento o disposición final.
- 5.10. El esquema de la ruta sanitaria implementada por el laboratorio no contempla de forma clara la definición ni el manejo de los residuos líquidos generados.
- 5.11. El cuarto central de acopio de residuos no cuenta con una báscula ni con un refrigerador para el almacenamiento temporal de residuos anatómo-patológicos, lo que limita el cumplimiento de la normatividad vigente.
- 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.

6. PRIORITARIO

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.

DEBILIDADES:

- 1.9. Se debe fortalecer el seguimiento y análisis mensual de los indicadores de gestión, incluyendo los períodos en los que no se cuenta con personal asignado (como el primer trimestre del año), con el fin de identificar tendencias, tomar decisiones oportunas y definir acciones de mejora.
- 1.19. Aunque el LSP de Tolima, tienen metodologías verificadas para el área de físico-químico de aguas, durante la visita se encontró que para el área de atención a humanos se tiene verificada un solo ensayo del microbiología para la identificación de microorganismo por VITEK, es importante avanzar y aumentar el número de técnicas verificadas para el área de atención a humanos.
- 2.2. Se debe fortalecer el formato de lista de chequeo de hojas de vida, con el fin de robustecer el ejercicio de verificación del cumplimiento de los requisitos mínimos establecidos para el profesional designado para la ejecución de las actividades del laboratorio.
- 2.11. Se debe implementar el proceso definido por el LSP de acompañamiento y seguimiento al personal que ingresa, con el fin de verificar su idoneidad y competencias en las áreas asignadas.
- 3.9. El laboratorio debe buscar alternativas que optimicen las condiciones de almacenamiento de las láminas recibidas, evitando su deterioro y asegurando su trazabilidad, con el fin de garantizar la integridad de las laminas conforme a los requisitos establecidos.
- 3.13. El laboratorio debe asegurar la disponibilidad oportuna de estuches para el diagnóstico de dengue, priorizando su adquisición para garantizar el procesamiento de las muestras pendientes y el cumplimiento de sus actividades misionales conforme a la Resolución 1646 de 2018.
- 5.2. Se debe asegurar que el personal del laboratorio incluido el personal de apoyo y auxiliar de servicios generales, cuente con el esquema de vacunación completo según el análisis de riesgos a los que está expuesto, con el fin de garantizar la protección del trabajador y el cumplimiento de los lineamientos de bioseguridad.
- 5.3. Se debe asegurar que el laboratorio disponga de los kit antiderrames para las áreas que este lo requiera.
- 6.16 y 6.17. El laboratorio debe fortalecer el diagnóstico del mapa de riesgos del departamento del Tolima, con el fin de fortalecer la vigilancia rutinario de las pruebas físicoquímicas y microbiológicas del agua para consumo humano.

CONCEPTO FINAL

CUMPLE

NO CUMPLE



La salud es de todos

Ministerio de Salud



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Invima

CONCEPTO DE LA APLICACIÓN DE LA HERRAMIENTA DE ESTANDARES Y COMPROMISOS ADQUIRIDOS POR EL LSP

CIERRE TEMPORAL DE AREA

Cual (es) área (s)?:

Imunoserología

Parasitología

Micobacterias

Microbiología clínica

Citohistopatología

Otra

Entomología

Microbiológico de agua potable

Fisicoquímico de agua potable

Biología molecular

Cual?

SUSPENSIÓN DE METODOLOGÍA

(Cuál metodología (s) ? (Escribir la metodología como la tiene documentada el laboratorio o como lo declara el fabricante en caso de no estar documentadas)

NOTIFICACION MEDIDA SANITARIA A AUTORIDAD COMPETENTE

NO APLICA

APLICA

Identifique la situación a la que aplica:

Calificación menor al 80% en el segundo seguimiento realizado.

Otra

Cual?

COMPROMISOS ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

COMPROMISO

RESPONSABLE

FECHA DE ENTREGA

Generar plan de mejoramiento que permita la mitigación de los hallazgos en la verificación de cumplimiento de estándares de calidad en salud pública.

Secretaría de Salud Departamental
Laboratorio de Salud Pública

20/07/2025



La salud es de todos

Minisalud



Invima

CONCEPTO DE LA APLICACIÓN DE LA HERRAMIENTA DE ESTANDARES Y COMPROMISOS ADQUIRIDOS POR EL LSP

COMPROMISOS INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

COMPROMISO	RESPONSABLE	FECHA PROYECTADA
Realizar seguimiento a los compromisos generados	INS-SGCLSP	20/08/2025

En constancia firman:

NOMBRE	CARGO/ENTIDAD	FIRMA
Axel Lombardo Ramírez Rivera	Subdirector de LSP	<i>[Handwritten Signature]</i>
Ingrid Katherine Rengifo	Secretaria de salud	<i>[Handwritten Signature]</i>
Maryi Lorena Segura Alba	Profesional Universitario - INS	<i>Maryi Segura</i>
Jonathan José Ramírez Navarro	Contratista - INS	<i>[Handwritten Signature]</i>
Yandely Angélica Valbuena Arias	Profesional Universitario - INS	<i>Yandely A. Valbuena</i>

Delma Liana Acosta

Directora Salud Pública

Delma Liana Acosta