

 	PROCESO: PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	Versión: 2
	Documento Interno	Código: PE-DI- 023
INFORME EJECUTIVO DE GESTIÓN Y RESULTADOS DIRECCION, SUBDIRECCION Y DIRECCIONES TECNICAS		Fecha: 7/07/2017

DEPENDENCIA

INFORME EJECUTIVO DE GESTION Y RESULTADOS DIRECCIÓN, SUBDIRECCIÓN Y DIRECCIONES TÉCNICAS

Enero-Julio a Junio-Diciembre

AÑO 2017

 	PROCESO: PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	Versión: 2
	Documento Interno	Código: PE-DI-023
INFORME EJECUTIVO DE GESTIÓN Y RESULTADOS DIRECCION, SUBDIRECCION Y DIRECCIONES TECNICAS		Fecha: 7/07/2017

1. INDICE

2. INTRODUCCIÓN

Durante el periodo comprendido entre el 18 de enero y el 20 de febrero el Laboratorio de Control al Dopaje (LCD) proceso 484 muestras correspondientes al cliente nacional ONAD Colombia y clientes internacionales como: A.P.F., C.S.F., Liga de futbol Mexicana, ONAD Argentina, ONAD Uruguay, UCI, entre otros a partir de esta fecha se suspendió el análisis de las muestras. Entre el 21 de febrero y el 06 de marzo el LCD estuvo en un estado de transición, mientras se adoptaban medidas y cambios, a partir del 07 de marzo se nombró una nueva Coordinadora, y el 22 de marzo una nueva Gestora de calidad, con la subsecuente traslado rápido de ambas funcionarias, quienes realizaron una entrega del cargo y la documentación relacionada en su informe, las recién nombradas no tuvieron un entrenamiento adecuado.

El Laboratorio de Control al Dopaje durante el periodo comprendido entre el 07 de marzo y el 30 de junio de 2017, presenta una situación anómala puesto que se encuentran suspendidas las acreditaciones ante la Agencia Mundial Antidopaje (WADA) y ante el Organismo Nacional de Acreditación de Colombia (ONAC), teniendo en cuenta que el objetivo del LCD es analizar muestras de control al dopaje, para poder realizar este proceso requiere contar con las acreditaciones vigentes del SGC por parte de la ONAC y de competencia como Laboratorio de ensayo por parte de WADA. Las cuales fueron suspendidas el 14 y 20 de febrero respectivamente, como consecuencia de falsos negativos reportados por el LCD en dos de las muestras doble ciegas procesadas dentro del programa de ensayos inter laboratorios EQAS de WADA (2016).

En el ~~este segundo primer~~ semestre el LCD recibió [las auditorias en sitio de: WADA y ONAC, las cuales se desarrollaron en el mes de agosto, WADA \(9-11\) y ONAC \(16, 22, 23, 24\), durante las cuales el equipo del LCD suministro toda la información solicitada y recibió una importante retroalimentación por parte de los expertos internacionales que integraban el equipo auditor de WADA, en lo relacionado con temas analíticos y organizacionales relacionados con los Laboratorios de Control Dopaje.](#) [De las mencionadas auditorias se generaron 42 No conformidades, 38 \(WADA\) Y 5 \(ONAC\), para las cuales se propusieron acciones correctivas, a todas y se diligenciaron los formatos requeridos por los entes acreditadores en los cuales se consignaron todas las actividades encaminadas a resolver la causa raíz de las mismas.](#)

 	PROCESO: PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	Versión: 2
	Documento Interno	Código: PE-DI-023
INFORME EJECUTIVO DE GESTIÓN Y RESULTADOS DIRECCION, SUBDIRECCION Y DIRECCIONES TECNICAS		Fecha: 7/07/2017

Se desplegaron una serie de actividades enfocadas a las áreas como: organización, instalaciones, procesos, cadena de custodia, procedimientos de tamizaje, confirmación y cuantificación, métodos especiales, acciones para resolver falsos negativos, manejo de la información, ADAMS, Sistema de Gestión de calidad bajo la norma 17025:2005, materiales de referencia, EQAS y temas de investigación y transferencia de conocimientos.

Es importante resaltar que, a partir de la contratación y notificación de la nueva Directora Científica del Laboratorio (Dra. Paola Andrea Cárdenas Cuadros) ante WADA (julio 25 de 2017), la contratista asumió las obligaciones pactadas, entre las de carácter técnico se establecieron: la verificación de requisitos normativos y de manera general, velar por el mantenimiento de la acreditación del LCD, desarrollando planes de actividades de investigación y desarrollo, así como la implementación de nuevas técnicas analíticas, revisión analítica de resultados y monitoreo de los métodos analíticos actuales; entre las administrativas: plan anual de entrenamientos y desarrollo; así como la identificación las acciones que permitan corregir la actual suspensión de la acreditación del LCD. Por lo que, a partir de su designación, asumió entre otras las obligaciones mencionadas y lidero los procesos analíticos y algunos administrativos y de calidad con el enfoque de levantar La suspensión actual del LCD, en consecuencia, las actividades asignadas previamente a la Coordinación se modificaron quedando en cabeza de la Dirección científica, las ya mencionadas. Esta distribución separada de actividades entre Dirección Científica y Coordinación nueva para el LCD, aun continua en construcción, se estableció un punto de partida inicial la identificando las principales áreas y procesos del LCD, así como haciendo un reconocimiento inicial de las responsabilidades de cada cargo.

El LCD diseño mesas de trabajo para atender todos los frentes solicitados con las personas relacionadas y así poder controlar el avance en todos los aspectos: administrativa, calidad, métodos 1(analíticos) y 2 (bioquímicos), validaciones (1 y 2), respectivamente, cadena de custodia y metrología. En estas mesas de trabajo reunidas continuamente, se trabajaron en pequeños grupos los requerimientos de WADA, planteando alternativas y soluciones para cumplir los requisitos, gestionando los recursos necesarios para realizar las acciones propuestas en las mesas de trabajo.

Se diseñó e implemento un plan de entrenamientos externos en sitio y en el exterior, así como un plan de entrenamientos internos dirigido a completar el equipo de dos (2) científicos certificados por método, requerimiento explícito de WADA, para lo cual se realizó el trámite de traslado de recursos al Comité Paralímpico Colombiano y así a través de un Convenio establecido previamente con fines de apoyar las capacitaciones y

	PROCESO: PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	Versión: 2
	Documento Interno	Código: PE-DI-023
INFORME EJECUTIVO DE GESTIÓN Y RESULTADOS DIRECCION, SUBDIRECCION Y DIRECCIONES TECNICAS		Fecha: 7/07/2017

entrenamientos en control Dopaje, se lograron dos entrenamientos con expertos extranjeros en Dopaje en las instalaciones del LCD.

Se gestionó sin éxito una partida presupuestal destinada a cubrir gastos por Caja Menor, por un valor \$12.000.000, con un presupuesto asignado de \$3.000.00 mensuales, pero por la cantidad de trámites dentro y fuera de Coldeportes, que debe surtir no se alcanzó a utilizar en la vigencia 2017.

Durante la auditoria de WADA se contempló la posibilidad de levantar la suspensión de la acreditación del LCD parcialmente, al módulo de pasaporte Biológico, y se realizaron actividades encaminadas a lograr este objetivo parcial, pero importante para el LCD.

En efecto, WADA luego de aprobar las acciones diseñadas y desarrolladas, aprobó el pasado 16 de noviembre el análisis de muestras de sangre en apoyo al programa de pasaporte Biológico de Atletas, según comunicación oficial y publicación en su página web.

Finalmente, se enviaron envíos parciales de avances en las acciones correctivas propuestas, una parte inicial el 06 de noviembre y otro reporte el 07 de diciembre, en los cuales se puede evidenciar un avance de un 60% en las actividades propuestas, y se propone enviar el último informe de resultados los primeros días de febrero.

Estamos a la espera de la evaluación de la información enviada y de la decisión de realizar o no auditoria en sitio antes de que culmine el segundo periodo de suspensión.

~~comunicaciones oficiales de parte de WADA, informando el análisis de los hechos y las conclusiones que los llevaron a tomar la decisión de suspender, de tal forma que se convirtieron en el punto de partida para iniciar un nuevo el análisis de la causa raíz de los falsos negativos con el acompañamiento del asesor experto en gestión de proyectos y relaciones con WADA de la Dirección de Recursos y Herramientas contratado para tal fin. El resultado del análisis de causa raíz y las acciones correctivas propuestas para evitar la ocurrencia de otros falsos negativos, se construyeron con el grupo interno de trabajo y se enviaron a WADA el 28 de abril.~~

~~Adicionalmente, el equipo del LCD inició una actualización de todos los métodos analíticos con los recursos disponibles, con el propósito de incorporar la mayor cantidad de sustancias prohibidas a los métodos actuales.~~

~~De igual manera, el Sistema de Gestión de Calidad inicio el proceso de revisión y actualización.~~

~~En ambos aspectos, el analítico y el de gestión de la calidad se plantearon y realizaron actualizaciones y mejoras.~~

	PROCESO: PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	Versión: 2
	Documento Interno	Código: PE-DI-023
INFORME EJECUTIVO DE GESTIÓN Y RESULTADOS DIRECCION, SUBDIRECCION Y DIRECCIONES TECNICAS		Fecha: 7/07/2017

~~El 13 de junio se recibió la retroalimentación del plan de acción enviado en abril a WADA, donde nos informan unas observaciones, las cuales fueron resueltas en un plan correctivo elaborado con un enfoque diferente de causa raíz y profundizando en las causas detectadas y generando más acciones correctivas, dicho informe se envió el 30 de junio.~~

3. GESTION MISIONAL

El proyecto trabajado de acuerdo al Plan de Accion del 2017, se denomina:

Proyecto o Programa	En ejecución (Marque con una X)	Por ejecutar (Marque con una X)	% de avance
Mantener dotado de tecnología, equipamiento e insumos adecuados al laboratorio de control al dopaje	X		100 -4%

Para la ejecución de este plan se han realizado las siguientes actividades:

1. DOTAR ELEMENTOS PARA EL LABORATORIO: REACTIVOS, MATERIAL, CONSUMIBLES, ESTANDARES, EQUIPOS, SOFTWARE Y PAPELERIA: se realizaron cinco (5) procesos de selección de proveedores por mínima cuantía, de los cuales se derivaron 16 contratos de adquisición, una adición y una contratación está tramitando un proceso de menor cuantía directa, se compraron para la compra de reactivos, material, estándares y consumibles requeridos por el Laboratorio, adicionalmente se ha tramitado la solicitud de los insumos de papelería requerida.
2. APLICAR LOS METODOS ANALITICOS DEL LABORATORIO PARA PROCESAR LAS MUESTRAS: se realizó seguimiento ~~contrató~~ el personal ~~necesario~~ para realizar las acciones correctivas, actualización de métodos analíticos y procesamiento de muestras del programa de controles internos del LCD y de los ensayos inter laboratorio EQAS de WADA.
3. REENVIO DE MUESTRAS PARA ANÁLISIS: se trasladaron recursosa través del al convenio con el Comité Paralímpico Colombiano se contrató para el pago de el transporte de muestras biológicas recolectadas por la ONAD Colombia y su procesamiento análisis en otros Laboratorios acreditados.
4. MANTENER, ACTUALIZAR E IMPLEMENTAR MEJORAS DE LOS METODOS ANALITICOS Y LOS PROCESOS DEL LABORATORIO: se diseñaron organizaron mesas de trabajo que permitieran planes por procesos que permitieran actualizar y mejorar los métodos analíticos existentes, de la mano de los Asesor de la Dirección

 	PROCESO: PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	Versión: 2
	Documento Interno	Código: PE-DI-023
INFORME EJECUTIVO DE GESTIÓN Y RESULTADOS DIRECCION, SUBDIRECCION Y DIRECCIONES TECNICAS		Fecha: 7/07/2017

~~de Recursos y Herramientas del SND para este propósito expertos internacionales en Dopaje contactados durante y después de la auditoria.~~

5. ~~MANTENER EN CONDICIONES ÓPTIMAS LOS EQUIPOS DEL LABORATORIO CONTROL AL DOPAJE: se han realizado estudios previos y se tramitaron DIEZ (10) contratos para mantenimientos de los estudios previos de cuatro (4) contratos de mantenimientos preventivos y correctivos de los equipos del Laboratorio, de los cuales ya se legalizo el contrato con el proveedor que realiza el mantenimiento de la mayoría de los equipos analíticos.~~

5. .

—MANTENER LA ACREDITACION INTERNACIONAL ANTE WADA: ~~se tramitaron el contrato y el pago de la Póliza de responsabilidad Civil y se tramito sin éxito el pago de la auditoria en sitio de WADA, trámite que se reinició en el 2018, para quedar a paz y salvo con este ente acreditador. la Coordinadora de inicios de laño, tramitó y legalizó el pago de los derechos de acreditación con WADA, actualmente está en trámite el pago de la visita de auditoria para el levantamiento de la suspensión de la acreditación.~~

6.

6. MANTENER LA ACREDITACION DEL SISTEMA DE CALIDAD EN LA NORMA ISO 17025 ANTE EL ORGANISMO ACREDITADOR: ~~durante el segundo semestre se realizaron los pagos correspondientes a la acreditación por parte de ONAC, cancelando las auditorias extraordinaria y de vigilancia realizadas por el ente acreditador, actualmente está en trámite el pago de la visita de auditoria en sitio de WADA. se adelantó el trámite y está por efectuarse el pago de la visita extraordinaria que realizo la ONAC para suspender la acreditación del Sistema de Gestión de Calidad, de acuerdo con los lineamientos del convenio WADA-ILAC; de igual forma está en trámite el pago de la visita de seguimiento que debe adelantar el ente acreditador dándole continuidad al plan de seguimiento de la acreditación inicial.~~

7.

3.1 METAS DE GOBIERNO

Plan decenal 2009-2019

“Garantizar la sostenibilidad de los procesos de preparación y participación de los deportistas Colombianos en eventos mundiales, continentales y del ciclo olímpico”

 	PROCESO: PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	Versión: 2
	Documento Interno	Código: PE-DI-023
INFORME EJECUTIVO DE GESTIÓN Y RESULTADOS DIRECCION, SUBDIRECCION Y DIRECCIONES TECNICAS		Fecha: 7/07/2017

Actividad	18 ene - 20 feb	21 de feb- 30 jun	Jul-dic	TOTAL
Análisis de muestras de Sangre	64	10	<u>112</u>	<u>74186</u>
Análisis full en orina	374	17	<u>35</u>	<u>391426</u>
Análisis especiales en Orina	46	3	<u>7</u>	<u>4956</u>
TOTAL de muestras analizadas	484	30	<u>154</u>	<u>514668</u>

3.2 REVISION POR LA DIRECCION

ACCIONES DE MEJORA PROPUESTAS POR LA ONAC	ACTIVIDADES REALIZADAS PARA IMPLEMENTARLAS
<u>En la medida de lo posible, el laboratorio debería optimizar la tecnología para recibir, radicar y gestionar las muestras que ingresan al laboratorio.</u>	<u>Se trabajó en la actualización del SGC así como en su depuración de la información alojada en la plataforma ISOLUTION, para poder migrar esa información al software inteligente que se seleccione, una partida parcial de recursos para esta actividad se incluyó en el Plan de Acción del año 2018, con la compra de un servidor y la proyección de instalación de un software inteligente que mejore la recepción, radicación y manejo de la información de las muestras.</u>
<u>Se evidencia que el espacio del área de instrumental está quedando reducida para albergar más equipos.</u>	<u>El asesor de la Dirección, contratado para este y otros propósitos, presento una propuesta de remodelación para optimizar el espacio del área analítica actual que está en estudio, mientras el traslado del CCD al CAR es viable y se puede ampliar el laboratorio.</u>
<u>Mejorar la capacitación en conceptos de metrología química y física.</u>	<u>Se realizó un curso de formación en metrología con un instructor con</u>

	PROCESO: PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	Versión: 2
	Documento Interno	Código: PE-DI-023
INFORME EJECUTIVO DE GESTIÓN Y RESULTADOS DIRECCION, SUBDIRECCION Y DIRECCIONES TECNICAS		Fecha: 7/07/2017

ACCIONES DE MEJORA PROPUESTAS POR LA ONAC	ACTIVIDADES REALIZADAS PARA IMPLEMENTARLAS
	<u>experimentado del SENA, y se obtuvieron los certificados emitidos por la empresa Qual&Stats S.A.S. para los 15 participantes del LCD.</u>
<u>Utilizar el vocabulario internacional de metrología en los informes de validación/verificación de métodos.</u>	<u>De acuerdo a lo aprendido en el curso de metrología se modificaron los conceptos diferentes al vocabulario internacional de metrología y se adoptaran en adelante.</u>
<u>Buscar una estrategia para guardar una copia del back up, fuera de las instalaciones del laboratorio</u>	<u>Dentro de la remodelación está contemplada la instalación de un (servidor) switch que permita poner en red los equipos analíticos.</u>
<u>Definir las metas para evaluar los indicadores de gestión. Alta dirección debería hacer análisis crítico al informe de revisión por la dirección con el fin de retroalimentar el Sistema de Calidad del laboratorio y confirmar su compromiso con el cumplimiento de la política y objetivos de calidad que tiene con este laboratorio.</u>	<u>Dentro de la actualización del SGC se incorporaran los nuevos indicadores con sus respectivas metas. Se recibió del Dr. Juan Carlos Rueda una retroalimentación del Informe de Revisión por la Dirección.</u>
<u>Evaluar el desempeño de los auditores internos. Mejorar la cadena de trazabilidad metrológica de los equipos auxiliares, tales como pH, temperatura de las neveras y jeringas volumétricas.</u>	<u>Se implementa el formato REG C129 Evaluación de auditor que será desafiado en el primer ciclo de auditorías en Febrero de 2018. Se contrató la calibración de varios materiales volumétricos, termómetros y se compraron soluciones buffer calibradas.</u>
<u>Mejorar la redacción de las no conformidades. Mejorar la forma de recibir la compra de los servicios de calibración.</u>	<u>Se realizó curso sobre las normas ISO/IEC 17025:2005 y ISO 19011:2012 con ICONTEC. Se realiza una revisión de las no</u>

 	PROCESO: PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	Versión: 2
	Documento Interno	Código: PE-DI-023
INFORME EJECUTIVO DE GESTIÓN Y RESULTADOS DIRECCION, SUBDIRECCION Y DIRECCIONES TECNICAS		Fecha: 7/07/2017

ACCIONES DE MEJORA PROPUESTAS POR LA ONAC	ACTIVIDADES REALIZADAS PARA IMPLEMENTARLAS
	<u>conformidades de la auditoría interna 170635, mejorando redacción y análisis de causas.</u> <u>Se programa capacitación para transmitir información recibida en el curso al resto del equipo.</u> Se diligencio el registro para evaluar a los proveedores de calibración con los materiales que se enviaron a calibración.
<u>Consolidar los informes de auditoría que realizan los grupos de auditores internos asignados, en un solo informe</u>	<u>Se realiza consolidado y se incluye en el procedimiento interno CALI 002 esta directriz.</u>
<u>Mejorar el análisis estadístico del informe de satisfacción del cliente</u>	<u>Se cambiara el análisis estadístico de los datos obtenidos de satisfacción de los pocos clientes atendidos en el 2017</u>
<u>Mejorar la definición de los perfiles del personal, incluir que requieren conocimiento de los elementos de la norma ISO/IEC17025</u>	<u>Los perfiles del personal de planta, no se pueden modificar en este momento, debido a que los cargos se encuentran en proceso de concurso de méritos, pero de hecho se entre los conocimientos básicos se indica el Sistema Integrado de Gestión como referencia, para el caso de los contratistas se van a incluir estos conocimientos en sistemas de calidad, con preferencia en la norma específica, de otro modo quedaría muy cerrado el perfil y muy pocos candidatos los cumplirían.</u>
<u>Identificar el instrumento usado cuando se hacen las mediciones de las condiciones ambientales de neveras, congeladores y medio ambiente</u>	<u>Se actualizó el formato V20 Listado de desviación de los termómetros incluyendo la identificación y ubicación del instrumento de medida</u>

 	PROCESO: PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	Versión: 2
	Documento Interno	Código: PE-DI-023
INFORME EJECUTIVO DE GESTIÓN Y RESULTADOS DIRECCION, SUBDIRECCION Y DIRECCIONES TECNICAS		Fecha: 7/07/2017

ACCIONES DE MEJORA PROPUESTAS POR LA ONAC	ACTIVIDADES REALIZADAS PARA IMPLEMENTARLAS
<u>Ajustar el procedimiento de validación POS VALI 002</u>	<u>Ajustado y actualizado el POS VAL 002</u>
<u>Mejorar el conocimiento de los analistas en trazabilidad metrológica, estimación de la incertidumbre, validación</u>	<u>Se realizó el curso de metrología y se planea desarrollar el de validaciones de metodologías analíticas en el 2018</u>
<u>Mejorar el seguimiento de condiciones ambientales</u>	<u>Se actualizó el formato G 57 Control de temperatura a ambiente área de hormonas</u>
<u>Revisar el cumplimiento de los planes de calibración, calificación y mantenimiento, e identificar los equipos fuera de servicio</u>	<u>Se verificó el cumplimiento de los planes a través de la auditoría interna y se diligencian los formatos E11, E11a, E16.</u>
<u>Mantenerse actualizados en las directrices de WADA (inclusión de nuevas sustancias, cambios de metodología y demás directrices)</u>	<u>Se modificó el POS CALI 013 procedimiento para la actualización y divulgación de los documentos normativos aplicables, fortaleciendo los controles a los cambios en las directrices de los entes acreditadores</u>
<u>Especificar en el manual de Control de equipos y elementos de medición del laboratorio, en qué casos se deber tener en cuenta el factor de corrección.</u>	<u>Se modificó la nota del numeral 4.2.10 aclarando la aplicación del factor de corrección en la medición del instrumento</u>
<u>Aplicar la guía ILAC G24 para determinar la frecuencia de calibración de los equipos y patrones</u>	<u>Se encuentra en implementación el documento ILAC G24 edición 2007.</u>
<u>Completar la evaluación de la eficacia de formación del personal del laboratorio.</u>	<u>Se actualizó el procedimiento de entrenamiento del personal POSV CALI 005, incluyendo la evaluación al personal</u>
<u>En la medida de lo posible, el laboratorio debería optimizar la tecnología para recibir, radicar y gestionar las muestras que ingresan al</u>	<u>Se trabaja en la actualización del SGC así como en su depuración en la plataforma ISOLUTION, para poder migrar esa información al software</u>

 	PROCESO: PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	Versión: 2
	Documento Interno	Código: PE-DI-023
INFORME EJECUTIVO DE GESTIÓN Y RESULTADOS DIRECCION, SUBDIRECCION Y DIRECCIONES TECNICAS		Fecha: 7/07/2017

ACCIONES DE MEJORA PROPUESTAS POR LA ONAC	ACTIVIDADES REALIZADAS PARA IMPLEMENTARLAS
laboratorio.	inteligente que se seleccione, esta actividad se incluirá en el Plan de Acción del año 2018, con la compra e instalación de un software inteligente que mejore la recepción, radicación y manejo de la información de las muestras.
Se evidencia que el espacio del área de instrumental está quedando reducida para albergar más equipos.	Se presentó una propuesta de remodelación para optimizar el espacio del área analítica actual que está en estudio, mientras el traslado del CCD al CAR es viable y se puede ampliar el laboratorio.
Mejorar la capacitación en conceptos de metrología química y física.	Se realizó un curso de formación en metrología con el SENA, pendiente la entrega e certificados.
Uso de las unidades en el sistema internacional de unidades	Se hace seguimiento a la eliminación de las siglas ppb y ppm, cambiándolas por ug/mL y ng/mL.
Utilizar el vocabulario internacional de metrología en los informes de validación/verificación de métodos.	De acuerdo a lo aprendido en el curso de metrología se modificaron los conceptos diferentes al vocabulario internacional de metrología y se adoptaran en adelante.
Buscar una estrategia para guardar una copia del back up, fuera de las instalaciones del laboratorio	Dentro de la remodelación está contemplada la instalación de un (servidor) switch que permita poner en red los equipos analíticos.

3.3 ACCIONES DE MEJORA PROPUESTAS POR EL LABORATORIO

PROBLEMAS SELECCIONADO	ACCIONES	ESTADO
El deficiente seguimiento de la incorporación de las	Se construyó una matriz en Excel donde están todas las sustancias prohibidas de la	Creada e implementada

	PROCESO: PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	Versión: 2
	Documento Interno	Código: PE-DI-023
INFORME EJECUTIVO DE GESTIÓN Y RESULTADOS DIRECCION, SUBDIRECCION Y DIRECCIONES TECNICAS		Fecha: 7/07/2017

PROBLEMAS SELECCIONADO	ACCIONES	ESTADO
sustancias de la lista prohibida a los métodos analíticos.	lista para los ensayos inter laboratorios EQAS, identificando el grupo y subgrupo al cual pertenecen, los screening que la rastrean, existencia física, código del estándar, etc. Mucha información que permite tomar acciones y decisiones respecto a la detección de las mismas. Se actualizó el listado de las sustancias prohibidas incluidas en los EQAS, con el nuevo documento generado y que entro en vigencia el 01 de agosto de 2017	ualizado
Se desconoce el mapa general de los metabolitos de las sustancias prohibidas que detectamos	Se alimentó la matriz en Excel donde están todas las sustancias prohibidas de la lista para los ensayos inter laboratorios EQAS, identificando parte los metabolitos de las sustancias, los estudiantes de pasantía de la Universidad Nacional, contribuyeron fuertemente a buscar identificar la información requerida en fuentes bibliografías, para luego diligenciarla en la matriz y continuar su construcción. Mucha información que permite tomar acciones y decisiones respecto a la detección de las mismas. Iniciar la alimentación de la matriz de sustancias EQAS, los metabolitos que indica la literatura y poder tener un diagnóstico de cuales tienen metabolitos importantes que permitan la detección de la sustancia Padre (PC).	Creada en implementación En construcción
Mucha documentación del SGC se sigue manejando de manera física, existiendo la posibilidad de utilizar la plataforma ISOLUTION.	Se reactivó Reactivar y aprovechar la información incluida en el ISOLUTION para disminuir el uso papel y manejar la información en línea a través del software ISOLUTION, con las adecuadas medidas de seguridad.	En implementación implementación
Ausencia de trabajos de investigación, publicaciones, información científica compartida y transferencia de	Se realizaron reuniones que Reactivaron relaciones científicas con la Universidad Nacional de Colombia, a través de reuniones periódicas, y se gestionó un convenio	Reuniones, dos proyectos en curso y el

	PROCESO: PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	Versión: 2
	Documento Interno	Código: PE-DI-023
INFORME EJECUTIVO DE GESTIÓN Y RESULTADOS DIRECCION, SUBDIRECCION Y DIRECCIONES TECNICAS		Fecha: 7/07/2017

PROBLEMAS SELECCIONADO	ACCIONES	ESTADO
conocimientos con otros Laboratorios acreditados.	interadministrativo enfocado a apoyar las actividades de investigación en el Laboratorio.	convenio en revisión jurídica.
Faltan herramientas de gestión del cambio integrado que capturen información que se pueda utilizar en la toma correcta de decisiones	Se construyeron fichas técnicas para hacerle seguimiento al comportamiento de los equipo, <u>analizó la carga laboral, se creó un plan de Comunicaciones, que inclusive actualizo el Portafolio de servicios, desafiaron las herramientas planteadas como mejoras del SG se actualizaron los cargos, perfiles y funciones, continúa la actualización de las herramientas de planeación frente a los cambios analíticos y organizacionales implementados.</u>	En implementación

3.4. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

Grupo Interno Laboratorio de Control al Dopaje 2017	Personal Vinculado				TOTAL
	Carrera Administrativa	Provisional	Contratista	Contratista Tercerizado / Subcontratista	
Ene 18-Marz 22	4	4	10	0	18
Abril	2	4	11	0	17
Mayo	2	3	11	0	16
Junio	2	2	11	0	15
<u>Julio</u>	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>14</u>	<u>0</u>	<u>18</u>
<u>Ago - Dic</u>	<u>2</u>	<u>4</u>	<u>14</u>	<u>0</u>	<u>20</u>

Se debe considerar, que el equipo solo se completó en agosto, es decir, que solo por el periodo de cinco meses ente agosto y diciembre, se contó con la disponibilidad completa del personal requerido, y parte del mismo inicio entrenamientos en diferentes temas, lo que implica un mayor tiempo en el desarrollo y cumplimiento de tareas y actividades propuestas inicialmente. Los traslados y renunciias de los funcionarios de planta, afectaron considerablemente el funcionamiento del LCD, se debieron adelantar cinco (5) procesos de selección del personal para la misma vigencia y cuatro (4) adicionales, para la vigencia

	PROCESO: PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	Versión: 2
	Documento Interno	Código: PE-DI-023
INFORME EJECUTIVO DE GESTIÓN Y RESULTADOS DIRECCION, SUBDIRECCION Y DIRECCIONES TECNICAS		Fecha: 7/07/2017

2018. El cambio del personal sin una adecuada y completa entrega del cargo y de las funciones, impacto directamente las actividades del LCD, y genero sobrecarga de algunas personas, por los entrenamientos y las tareas extras que debieron realizarse.

4. GESTIÓN AMBIENTAL

- Gestión Integral de Residuos peligrosos hospitalarios:

~~Se realizaron varias reuniones para la gestión adecuada de los residuos peligrosos (corto punzantes: vidrio y agujas, contaminados con fluidos biológicos y químicos peligrosos) que genera el Laboratorio de Control al Dopaje dentro de sus actividades normales de trabajo. Se realizó reunión con la empresa ECOCAPITAL (19/04/2017) única autorizada en Bogotá para la recolección de este tipo de residuos, en la cual su representante manifestó que solo pueden recibir los kits de vidrio en que vienen la muestras, si se embalan en recipientes especiales diseñados para tal fin y que confidencialmente ellos venden, estos recipientes existen de diferentes capacidades y son desechables, por lo tanto procedimos a comprar algunos para el desecho de kits, pero debe adoptarse un mecanismo de suministro continuo para el desecho normal~~

~~De otro lado, se contactó al profesional responsable del Plan Integral de Gestión Ambiental del área de Planeación, se efectuaron dos reuniones (15 y 19 de mayo), el brindo apoyo técnico en este tema y se comprometió con tareas, algunas las cumplió y otras no debido a que se retiró de la entidad, actualmente se espera la persona delegada para tal proceso.~~

~~El impacto y los resultados de las acciones no se han evidenciado todavía porque continúan en trámite, pero el objetivo es realizar el desecho de residuos peligrosos de acuerdo a la normatividad vigente en el tema de manera oportuna. Se asistió a varias sesiones con los nuevos contratistas del área ambiental, se participó en la actualización del PGIRH incluyendo la información del LCD que faltaba incluir, relacionada con los residuos que generamos, su manejo y disposición final.~~

~~Se realizó la entrega de residuos químicos peligrosos a la empresa contratada a nivel central para tal fin. Se realizaron los trámites pertinentes para la adquisición de los contenedores de elementos corto punzantes, y poder realizar la correcta disposición final de los recipientes de vidrio en que recibimos las muestras y que deben entregarse en los contenedores mencionados a ECOCAPITAL, para su disposición final.~~

5. LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN:

Respecto al mapa de riesgos de corrupción para el 2017, todo el personal que ~~ha~~ ingresadingresó a laborar en el Laboratorio ha conocido, entendido y firmado el Acta de

 	PROCESO: PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	Versión: 2
	Documento Interno	Código: PE-DI-023
INFORME EJECUTIVO DE GESTIÓN Y RESULTADOS DIRECCION, SUBDIRECCION Y DIRECCIONES TECNICAS		Fecha: 7/07/2017

Compromiso Ético, asegurando que entienden la responsabilidad de la información que se maneja en el laboratorio y su estricta confidencialidad.

Debido a que no ~~hemos procesado~~ demostramos muestras de clientes entre febrero 20 y junio noviembre 30 16, no se han aplicado las demás acciones de control propuestas para este riesgo se pondrá en marcha tan pronto se levante la suspensión total de la acreditación.

Una de las recomendaciones del equipo auditor de WADA, fue eliminar el re análisis de muestras como un control de corrupción, por considerarlo una medida que no cumple con el objetivo, y que no está alineada con las políticas antidopaje, motivo por el cual se eliminó como control de riesgo de corrupción.

Se realizó el seguimiento a los controles Descripción de los resultados relevantes en la implementación de las acciones de control propuestas en el Mapa de Riesgos de Corrupción y de Gestión de la vigencia, para los riesgos identificados.

6. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES:

- Entre la vigencia 2017 y 2018, se redujo en un 41% el presupuesto asignado al LCD, paso de \$3.500'000.000 a \$2.065'000.000, una reducción de \$1.465'000.000. Con la decisión en espera respecto a la suspensión de la acreditación, se estima que recuperándola al LCD le adicionen recursos a su presupuesto, al menos en el valor en que se redujo, para atender todas las recomendaciones y acciones que exige WADA en práctica.
- Aumentar el presupuesto del laboratorio en mínimo \$800.000.000 para las técnicas nuevas y Apoyar los proyectos de investigación mediante convenios inter administrativos con entidades educativas, para fortalecer esa competencia del LCD, y así cumplir con lo que WADA exige a los laboratorios acreditados.
- Adquisición de un software o sistema de información centralizado de control al dopaje que que permita sistematizar sistematizar toda la información proveniente de una muestra en línea.
- Ampliación de instalaciones: El laboratorio ha tenido que implementar tres nuevas técnicas durante los últimos años como son Eritropoyetina, detección de CERA y parámetros sanguíneos. Por esta razón se ha tenido que adquirir equipos, elementos de laboratorio y consumibles para los cuales no habían espacios planeados quedando hacinados y dificultando el normal desarrollo de las

 	PROCESO: PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	Versión: 2
	Documento Interno	Código: PE-DI-023
INFORME EJECUTIVO DE GESTIÓN Y RESULTADOS DIRECCION, SUBDIRECCION Y DIRECCIONES TECNICAS		Fecha: 7/07/2017

técnicas requiere una modificación de sus instalaciones físicas, ya estudiada y pendiente de asignación de presupuesto y ejecución.

- Creación de por lo menos 8 cargos de planta para evitar la alta rotación de contratistas y/o en su defecto la contratación de por lo menos 5 profesionales más para poder desarrollar las técnicas nuevas y los proyectos de investigación.
- Participación en el workshop, en la reunión de Directores de laboratorios acreditados, entrenamientos en laboratorios acreditados y participación en congresos y simposios.
- Definir los mecanismos financieros y contables mediante los cuales el Laboratorio pueda recibir ingresos por los servicios que presta.
- Proyectar un crecimiento equilibrado el laboratorio en todos los aspectos de tal forma que pueda cumplir con la demanda de servicios de Latinoamérica.

MILENA VERGARA RUSINQUE

Coordinadora

LBORATORIO CONTROL DOPAJE