

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: INFORME DE AUDITORIA	CÓDIGO: EM-CLDD-PR-01-FT-04
	OFICINA: ASESORA DE PLANEACIÓN	FECHA DE EMISIÓN: 28-09-2016
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 03
SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI		PÁGINA 1 de 16

HOSPITAL MILITAR CENTRAL
NIT: 830.040.256-0

Bogotá, D.C.,

15 SEP 2017

2017 SET 15 A 9:12

014647

N° 23780 DIGE-OCIN

Señora Brigadier General Médico
Clara Esperanza Galvis Díaz
Directora General
Gn.

Asunto: Informe de Evaluación

En cumplimiento al Plan de Acción de la Oficina de Control Interno 2017, a continuación me permito presentar el informe de la auditoria integral realizada al Proceso Apoyo Diagnóstico, específicamente al Área Laboratorio Clínico:

Auditoria Integral No: 02/2017

1. Información General:

PROCESO:	Apoyo Diagnostico Área Laboratorio Clínico	FECHA INICIAL: Agosto 15 de 2017	FECHA FINAL: 11 de septiembre de 2017
OBJETIVO:	Evaluar en forma independiente la eficiencia y eficacia del sistema integrado del Proceso de Apoyo Diagnóstico, específicamente el Área Laboratorio Clínico, para que su gestión este encaminada a garantizar el cumplimiento, del objetivo institucional "Asegurar la prestación de los servicios con seguridad, oportunidad y humanización"		
ALCANCE:	Evaluar el estado del Sistema Integrado de Gestión del Área Laboratorio Clínico, que cubre el sistema de control Interno, el sistema de gestión de calidad, el cumplimiento de políticas, directrices, funciones, procedimientos y normatividad.		
EQUIPO AUDITOR:	Líder: Jefe Oficina Control Interno: Gladys Consuelo Céspedes Martínez Equipo acompañante: Líder Grupo Calidad: Pilar Adriana Duarte; Líder Grupo Auditoría Médica (e): Alejandra Galindo Auditores: PD Olinto A. Bejarano G., Dra. Diana Velásquez Rojas, Enf. Amalfi García Fuentes, Ing. Diego Albarracín Cerquera, Enf. Myriam Fernández Pedraza, Enf. Rosa Elena García Quiroga y Enf. Julio Ernesto Cárdenas Pulgarín.		
CRITERIOS A AUDITAR:	Direcccionamiento estratégico, administración de personal, ejecución contratos, inducción reintroducción y capacitación, administración de riesgos, control de insumos, seguimiento a gestión documental, adherencia a los procedimientos, seguridad del paciente, Procedimiento de Toma de muestras, Procedimiento referencia y contra referencia, Protocolo Seguridad del paciente (Correcta identificación de las muestras en el laboratorio clínico), Toma de temperaturas de neveras y temohigrómetros y Lavado y reúso en el laboratorio clínico.		
TIPO DE AUDITORIA:	Integral		
TIEMPO DE REALIZACIÓN (Auditoria Interna)	Preparación (h) 64	Ejecución (h) 232	Informe final (h) 64

gcu

19 SEP 2017
9:02h
Dora IX_15_2017 09:25 L

FORMATO	INFORME DE AUDITORIA	CODIGO	EM-CLDD-PR-01-FT-04	VERSION	03
		Página:		2 de 16	

2. Actividades realizadas:

- Identificar y consultar las fuentes de información correspondientes al alcance y criterios de la auditoria.
- Realización prueba selectiva de insumos y activos fijos.
- Verificación de Contratos Prestación Servicios y adquisición de bienes.
- Revisión de la Administración de Personal.
- Revisión física y digital de los protocolos institucionales y los paquetes instruccionales.
- Revisión de ocho (8) procedimientos del Área.
- Revisión formato Manual de Verificación de Estándares de Calidad en Salud Pública para Laboratorios que se incorporen a la Red Nacional de Laboratorios. Invima, Instituto Nacional de Salud.
- Revisión paquete instruccionales del Ministerio de la Protección Social, Garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras en el laboratorio, Versión 1.0
- Paquetes instruccionales de seguridad del paciente, Identificación correcta.
- Revisión protocolo lavado de manos. Código: HP-EPID-PT-16
- Aplicación de listas de verificación de cada procedimiento y protocolos.
- Entrevista a personal de Laboratorio Clínico, Camilleros y personal de Enfermería, en el Laboratorio, Consulta Externa y Urgencias.
- Verificación (Observación directa) a los servicios.
- Verificación de historia clínica manual y en sistema.
- Realización de las reuniones de apertura y cierre donde se indican las directrices de realización y los hallazgos evidenciados a los auditados.

3. Aspectos positivos encontrados:

- Se destaca la proactividad y receptividad del personal del Laboratorio Clínico a la Auditoria realizada, en cuanto al acompañamiento en la realización de la auditoria, respuesta a solicitudes y aclaración de inquietudes para con el grupo auditor.
- El grupo auditado presenta documentos que evidencian el compromiso de las actividades en pro de mejorar la prestación de servicio.
- Participa durante el proceso de auditoria la Responsable del Área mostrando interés frente a la mejora continua.
- El personal de toma de muestras en Consulta Externa es asertivo en la comunicación hacia el paciente.
- Se evidencian áreas señalizadas y delimitadas de acuerdo a los procedimientos realizados.
- Se evidenció un servicio limpio y ordenado a pesar de que la infraestructura del servicio se encuentra en regulares condiciones.
- En verificación realizada a la programación de turnos de la presente vigencia, se observa el registro del seguimiento que se hace de los mismos y el reporte al Área de Nómina, con la debida autorización del Subdirector de Servicios Ambulatorios y Apoyo, Jefe de Unidad de Apoyo y de la Responsable del Área; evidenciando que a la fecha no se presenta atrasos en cuanto al pago de compensatorios; así mismo se está llevando el registro de entrega de turnos.
- De los Contratos 282, 287, 290, 305 y 307 del 2015 se revisaron los informes de supervisión, comparando la relación de las facturas, el valor y los insumos suministrados con los valores unitarios, de 12 facturas de la vigencia 2017, frente a los valores registrados en los contratos, no encontrando diferencias.
- El Archivo de Gestión Documental ubicado en el área de la oficina de la Responsable del Área Laboratorio Clínico, el cual presenta carpetas clasificadas e identificadas de las vigencias 2015, 2016 y 2017, se observa ordenado, asado y organizado.

4. Aspectos por mejorar:

- Para los meses restantes de la vigencia 2017 elaborar el plan de acción operativo derivado del Plan de Acción Institucional, con actividades, tareas y metas que sean realizables, para la medición periódica de la gestión y sirva para la evaluación del desempeño.
- Documentar, socializar e implementar los procedimientos administrativos, con el fin que se establezcan actividades precisas a cumplir por el personal del Área.



FORMATO	INFORME DE AUDITORIA	CODIGO	EM-CLDD-PR-01-FT-04	VERSION	03
		Página:		3 de 16	

- Implementar la planilla de control horarios GH-NOMI-PR-01-FT-04 para el personal de planta que cumple horario administrativo, dando cumplimiento a la Circular Interna No. 010 del 31 de marzo/17.
- Coordinar con el Área Activos Fijos la colocación de la placa faltante al equipo de marcación celular y realizar la subrogación de los inventarios dando cumplimiento con lo establecido por la Dirección General según oficio 27720 DIGE del 15 de septiembre/11.
- Efectuar la depuración del archivo documental anterior a la vigencia 2015 para dar cumplimiento a la Ley 594 de 2000, al Acuerdo 042 de 2002 y a la Tabla de Retención Documental.
- Ajustar el mapa de riesgos del subproceso incluyendo los riesgos evaluados y los de corrupción; llevando un estricto monitoreo del plan de mitigación, con el fin de dar cumplimiento a la Resolución 512/16.
- Establecer y divulgar la política de operación, donde se indiquen las estrategias y actividades a desarrollar, así como los responsables de la misma.
- Presentar los informes de supervisión mensuales junto con los soportes de las actividades realizadas por los contratistas por prestación de servicios, de acuerdo a lo establecido en el Manual de Supervisión.
- Hacer análisis del consumo de insumos adquiridos a través del 286/15 y presentar posibles soluciones a la Dirección teniendo en cuenta que los recursos asignados superan los consumos reales, así mismo se debe informar sobre el incumplimiento del contratista por no contar con la interfase del sistema de información del Laboratorio, con el sistema de información institucional.
- En coordinación con el Almacén Insumos Hospitalarios dar cumplimiento al procedimiento Ingreso de Elementos GA-ALMC-PR-06, almacenando los productos suministrados por los contratistas, realizando entregas periódicas de acuerdo a necesidades de los mismos, para registrar contable los consumos de acuerdo a su utilización.
- A la Subdirección Administrativa adelantar las investigaciones del caso para determinar la responsabilidad por las diferencias presentadas en la prueba selectiva de inventario.
- Documentar los procedimientos administrativos, interoperabilidad y comunicación con los servicios, manejo y confidencialidad de las muestras.
- Se observa gestión en la medición de indicadores en oportunidad de resultado de exámenes, encontrando que la medición del indicador se relaciona con parte del proceso y no la totalidad del mismo, no permite identificar el resultado en la gestión.
- Documentar e implementar acciones de integralidad en la prestación de los servicios.
- Una vez socializados los documentos se deben remitir al Grupo de Calidad en el formato establecido para tal fin, así como las socializaciones frente a adherencia.
- Establecer estrategias que garanticen el cumplimiento y monitorización de: lavado de manos, normas de presentación personal (uñas pintadas, utilización de anillos y relojes), comunicación con el paciente en el servicio de urgencias relacionado con el procedimiento que se va a realizar y los cuidados después de la realización del mismo y confidencialidad en la información.
- Fortalecer y controlar la aplicación de los procedimientos de: identificación correcta de muestras y manejo de residuos (en el servicio de urgencias); limpieza y desinfección de áreas para el laboratorio clínico; oportunidad en la entrega de resultados (inmunología especial y microbiología); control y registro de temperatura y humedad de las neveras.

gka

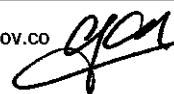
FORMATO	INFORME DE AUDITORIA	CODIGO	EM-CLDD-PR-01-FT-04	VERSION	03
		Página:		4 de 16	

- Revisar actualizar, complementar y socializar los procedimientos, protocolos y manuales auditados alineados a la normatividad vigente Resolución 2003 del 2014.
- Definir la responsabilidad única en el laboratorio clínico de manera que comprometa todas las áreas a las que presta apoyo.
- Actualizados y aprobados los procedimientos, protocolos y Manuales se deberá establecer el plan de capacitación y evaluación de la adherencia a los mismos por parte del personal de su área.
- Establecer los controles necesarios propendiendo por el cumplimiento de los procedimientos, protocolos y manuales vigentes.
- Verificar que toda documentación utilizada en el servicio esté debidamente registrada en la matriz documental de Calidad y tenga su debida codificación.
- Implementar el manual de seguridad para el laboratorio clínico y manual de toma, transporte, conservación y remisión de muestras alineados con la resolución 2003 de 2014.
- Establecer y aplicar puntos de control de riesgos en los procedimientos que permitan tener un mejor resultado en las actividades planteadas.
- Establecer criterios de correcto y completo diligenciamiento de los diferentes libros con los que cuentan el servicio de laboratorio clínico, siendo estas herramientas efectivas de soporte y control de la información.
- Revisar con los servicios asistenciales estandarizando los valores críticos, de tal modo que se ajuste a los requerimientos de los servicios.
- Revisar y evaluar la funcionalidad y aplicabilidad del correo neumático en los diferentes puntos de la institución, así como la contingencia en el momento que éste no esté disponible.
- Revisar y complementar en el Protocolo de control de temperatura y humedad siendo más específico en dichos ítems.
- Documentar las condiciones en las que deben llegar las muestras al laboratorio clínico para la viabilidad de su procesamiento.
- Establecer mecanismos de comunicación efectivos y unificados por parte de laboratorio clínico para reportes y no conformidades con las muestras recibidas.

5. Descripción de las No Conformidades Oficina Control Interno

5.1 Direccionamiento Estratégico

5.1.1 Plan de Acción Institucional: Dentro de las estrategias que se plantearon para el objetivo institucional "Asegurar la prestación de los servicios con seguridad, oportunidad y humanización", se observa la de "Brindar un Servicio Oportuno" con metas como: entregar la muestra validada por el Laboratorio en 90 minutos para el Área de Urgencias y de 120 minutos para las solicitadas por Hospitalización y UCI's, desde el momento que entregan la muestra en el Área Laboratorio Clínico hasta su validación; con el fin de evaluar el cumplimiento de estas metas se tomaron las estadísticas del primer semestre/17 reportadas por el Área para el indicador de oportunidad en Urgencias, presentando 97 minutos en promedio y para Hospitalización y UCI's, no se está realizando esta medición, de acuerdo a lo manifestado por la Responsable del Área; presentándose incumplimiento de las metas.



FORMATO	INFORME DE AUDITORIA	CODIGO	EM-CLDD-PR-01-FT-04	VERSION	03
		Página:		5 de 16	

5.1.2 Plan de Acción Operativo: Para la vigencia 2017, el Área no estableció un Plan de Acción Operativo, donde se identifiquen las actividades, tareas y metas, que se deben realizar en un tiempo determinado, como lo establece el Decreto 1083/15 Modelo Estándar de Control interno (MECI), en el elemento Planes, Programas y Proyectos y la Ley 152 de 1994, razón por la cual no se puede medir la gestión realizada.

5.2 Modelo de Operación por Procesos: Al efectuar consulta en el sistema de gestión documental en la Intranet, se observa publicados los siguientes documentos: un manual, 31 procedimientos, 95 protocolos y una guía de manejo, correspondiente a actividades asistenciales, no se cuentan con procedimientos administrativos como: solicitud, almacenamiento y distribución de insumos y administración de equipos médicos.

5.3 Administración de Personal: Cuenta con 22 funcionarios de planta y 17 contratistas por prestación de servicios, siendo los últimos contratos suscritos en noviembre/16 hasta octubre/17, observando lo siguiente:

5.3.1 Con relación a los funcionarios de planta 10 hacen cubrimiento de las necesidades en horario administrativo y los 12 restantes prestan turnos; en cuanto al personal que no cumple turnos no se está llevando el control de horarios a través de la planilla establecida para el personal de planta GH-NOMI-PR-01-FT-04, incumpliendo la Circular Interna No. 010 de la Dirección General del 31 de marzo/17; de igual manera el Área no lleva el control administrativo del personal de Inmunología Especial, de una Bacterióloga de Planta y 02 por prestación de servicio.

5.3.2 Los 17 contratos se distribuyen así: 10 Bacteriólogas y 07 Auxiliares de Enfermería; tomando una muestra de 07 contratos, encontrando lo siguiente:

- Los contratos 5056, 5059, 5060 y 5095/16 suscritos el 01 de noviembre/16 para la prestación de servicios como Bacteriólogas, en los informes de ejecución no se puede verificar el desarrollo de todas las actividades contratadas, ya que mensualmente se describen las mismas actividades sin determinar la producción, lo que no permite hacer una evaluación objetiva de los contratistas.

- Los contratos 5064, 5094 y 5649 suscritos en noviembre/16 los dos primeros y en enero/17 el ultimo relacionado, para la prestación de servicios como Auxiliares de Enfermería; las actividades presentadas en los informes de supervisión son copia de las detalladas en la Cláusula Segunda del contrato, sin cuantificar las actividades que desarrollan, mostrando debilidades en la supervisión.

5.4 Administración Documental: El archivo que se encuentra en el área del pasillo, con documentación de contratos del 2012 al 2015, libros con registros de ingreso de muestras del 2010 al 2016, carpetas con documentos varios de las diferentes áreas que componen el Área del Laboratorio Clínico, se evidencian cajas de cartón en el piso y en los estantes, que contienen carpetas de las diferentes áreas, otras cajas sin contar con la identificación del contenido de las mismas; la estantería no se encuentra identificada; se observa desorganización y mala presentación en el área; debido a que no hay una clasificación y actualización de los documentos que deben permanecer en el Área y los que deben ser enviados al archivo central, teniendo en cuenta las tablas de retención documental; no cumpliendo con la Ley 594 de 2000 y el acuerdo 042 de 2002, del Archivo General de la Nación, los cuales establecen los criterios para la organización de los archivos.

5.5 Inventario de Insumos: En la administración de los bienes se estableció lo siguiente:

5.5.1 El Área presenta un sitio de almacenamiento de insumos, llevando el control de los bienes en hojas electrónicas, contando con 03 neveras y estantería identificada con el nombre de los productos, no presentando marcación con el código interno que identifica los bienes según el sistema de información, dificultando la búsqueda del insumo suministrado por el Almacén de Insumos Hospitalarios e incrementando el riesgo de dispensar bienes que no corresponden a lo solicitado.

5.5.2 Se realizó prueba selectiva de los insumos que se encuentran en depósito, tomando como lineamientos para la selección de los ítems los despachos realizados por el Almacén de Insumos Hospitalarios entre el 01 de enero/17 al 24 de agosto/17, con un costo



FORMATO	INFORME DE AUDITORIA	CODIGO	EM-CLDD-PR-01-FT-04	VERSION	03
		Página:		6 de 16	

unitario superior a \$ 23.911 de acuerdo con la información del sistema de información, obteniendo una relación de 70 ítems por valor de \$601'638.551, es decir el 6% del total del inventario.

En el desarrollo de la prueba selectiva las diferencias que se iban presentando fueron soportadas, sin embargo las diferencias que quedaron pendientes no fueron cubiertas en su totalidad, presentando sobrantes de \$101'024.807,34 y faltantes de \$36'825.020,40 así:

Ítem	Código interno	Descripción del Producto	Valor Unitario \$	Cant. Kardex	Cant. Físico más soportes	Cant. Difer.	Valor Sobrante \$	Valor Faltante \$
1	1228405192	Aceite de inmersión frasco	72.407,2	5	13	8	579.257,60	
2	1229620363	Anticuerpos anticitrulina	43.120,00	48	50	2	86.240	
3	1229405350	Azul de metileno fosfatado de field	25.010,00	2	4	2	50.020	
4	1229605062	Calprotectina en material fecal	104.860,00	72	83	11	1'153.460	
5	1229620019	Cd 3/ cd 4/ cd 8/ cd45	117.600,00	300	412	112	13'171.200,00	
6	1229605713	Coloracion ziehl neelsen alcohol acido	48.031,00	22	24	2	96.062,00	
7	1229405348	Coloracion field	36.277,00	2	3	1	36.277	
8	1228405172	Colorante azul de cresilo brillante	60.138,00	3	4	1	60.138	
Ítem	Código interno	Descripción del Producto	Valor Unitario \$	Cant. Kardex	Cant. Físico más soportes	Cant. Difer.	Valor Sobrante \$	Valor Faltante \$
9	1229405048	Colorante de gram cristal violeta	35.534,37	8	12	4	142.137,50	
10	1229405050	Colorante de gram decolorante (alcohol acetona)	56887,58	29	32	3	170.662,76	
11	1229405049	Colorante de gram lugol	34.063,40	25	24	(1)		-34.063,4
12	1228205119	Colorante de wrigth	87.272,50	2	16	14	1'221.815,00	
13	1229405066	Colorante ziehl nielsen azul de metileno	38.196,50	6	13	7	267.375,50	
14	1228005219	Control calidad internacional microbiología	3'486.700,00	1	2	1	3'486.700,00	
15	1228405112	Control de calidad externo de coagulación	3'166.438,00	1	2	1	3'166.438,00	
16	1228005176	Control de calidad externo en uro-análisis	1'706.861,00	1	2	1	1'706.861,00	
17	1229605259	Epinefrina para agregación plaquetaria	465.017,00	3	0	(3)		-1'395.051,00
18	1229605043	Galactomanano	56.119,00	288	264	(24)		-1'346.856,00
19	1228405091	Hla b 27 x biología molecular	90.117,39	230	267	37	3'334.343,48	
20	1228405043	Hla a mediana alta resolución	646.800,00	30	75	45	29'106.000,00	
21	1228405044	Hla b mediana alta resolución	646.800,00	30	50	20	12'936.000,00	
22	1228405187	Hla dr pcr mediana - alta resolución	646.800,00	30	50	20	12'936.000,00	
23	1228605060	Inmunofijación	74.300,85	160	162	2	148.601,70	
24	1229605413	Inmunoglobulina e	29.400,00	32	30	2		-58.800,00
25	1229620021	Kappa libre para suero y orina (anticuerpos policlonales)	55.321,00	200	260	60	3'319.260,00	
26	1229620022	Lambda libre suero y orina anticuerpos policlonales	58.261,00	300	259	(41)		-2'388.701,00
27	1228005127	Proteína c de la coagulación funcional	37.054,78	66	0	76	370.247,80	
28	1229605051	Prueba para alérgenos	39.200,00	794	1123	329	12'896.800	
29	1229405342	Pruebas moleculares para la detección del complejo micobacterium tuberculosis y resistencia a rifampicina	253.820,00	130	0	(130)		-32'996.600,00
30	1229405330	Subclase igg 1,2,3,4	58.261,00	300	310	10	582.610,00	
TOTAL							101'024.807,34	36'825.020,40

gca

FORMATO	INFORME DE AUDITORIA	CODIGO	EM-CLDD-PR-01-FT-04	VERSION	03
		Página:		7 de 16	

Los productos verificados en la prueba selectiva presentan fechas de vencimiento superior a seis meses.

De acuerdo con el resultado de la selectiva se presentaron diferencias de algunos ítems debido a que también se encontraron insumos en otros sitios del Área como Inmunología Especial y Coagulación, los cuales no se encuentran registrados en la hoja electrónica, debido a que los Contratistas realizan las entregas de insumos directamente en esas zonas de procesamiento, vulnerando los controles y procedimientos para la recepción de mercancías, como es la entrega directamente en el Almacén de Insumos Hospitalarios y desde allí el suministro al Laboratorio de acuerdo a solicitudes de necesidades, por lo que queda en incertidumbre si todo lo facturado es realmente recibido; situación que demuestra una vez más que no hay trazabilidad de la información y mucho menos control del inventario.

Por otro lado los registros de la hoja electrónica se evidencia información de la vigencia 2016 que refiere a los meses de octubre, noviembre y diciembre, es decir que de la información de los inventarios anteriores a esos meses no hay registros; así mismo no se registra el número de la factura y valores unitarios de los insumos, tampoco el Área realizó un levantamiento de los insumos físicos, para iniciar con una base de inventario esta anualidad, presentando debilidades de control de inventarios.

Ahora bien, todos los despachos emitidos por el Almacén de Insumos Hospitalarios como "Orden de Salida" van directamente al costo del servicio del Laboratorio, es decir que para el Hospital contablemente estos bienes se consumieron, lo que generó un sobre costo en la prestación del servicio para el momento en que se realizaron los despachos por parte del Almacén y quedando este inventario con un alto riesgo de pérdida; por lo que debe tener atención inmediata.

A lo anterior se le suma que el Área de Laboratorio no hace la solicitud de insumos a través de formatos establecidos u otro medio, por lo que el Almacén de Insumos Hospitalarios envía la totalidad de lo facturado por el proveedor, con el argumento que no tiene espacio ni neveras suficientes.

5.6 Inventario de Bienes: El inventario del Área Laboratorio Clínico está a nombre del responsable del Área por valor de \$ 544'390.170; se realizó chequeo físico de los activos fijos frente al listado generado por el sistema de información, presentando que el equipo Marcación Celular para Medicina Nuclear no cuenta con la placa que lo identifica en el listado V165520; se observó que durante el desarrollo de la presente auditoria el Área realizó la entrega de bienes fuera de servicio al Área Activos Fijos, los cuales presentaban concepto técnico de enero y febrero/17, y no habían sido recibidos por el Área Activos Fijos argumentando falta de espacio.

El inventario no se encuentra subrogado, incumpliendo con lo establecido por la Dirección General según oficio 27720 DIGE del 15 de septiembre/11.

5.7 Mapa de Riesgos

5.7.1 Mediante Resolución Interna 512 del 21 de junio/16 fueron aprobados los Mapas de Riesgos por Procesos y Subprocesos, y los de Corrupción, al efectuar análisis sobre la identificación, valoración y mitigación de los cinco riesgos, se tiene:

- "Inoportunidad en el procesamiento de las muestras": se establece como causas, "falta de reactivo para el procesamiento de exámenes" e "Inoportunidad en los resultados", y como control identificado el "seguimiento del cumplimiento del cronograma de los pedidos de reactivos mensuales"; analizada las causas y la aplicación del control para mitigar el riesgo aunque hay coherencia, no se está realizando el control debido a que el Área no cuenta con cronograma de los pedidos, y la probabilidad de ocurrencia del riesgo continua en zona de riesgo extrema.
- El "Daño de Equipo" con causa establecida "falla técnica del equipo" y como control identificado "revisión del cronograma de mantenimiento preventivo de los equipos"; analizado lo expuesto para mitigar el riesgo la probabilidad de ocurrencia continua siendo Extrema debido a que el Área Equipo Médico a la fecha no cuenta con cronograma de mantenimiento para los equipos del Área Laboratorio Clínico; con relación a los equipos en apoyo tecnológico el nivel del riesgo es bajo, debido a que los mantenimientos preventivos se vienen realizando de acuerdo a lo programado.



FORMATO	INFORME DE AUDITORIA	CODIGO	EM-CLDD-PR-01-FT-04	VERSION	03
		Página:		8 de 16	

- “Falta de reactivos para el procesamiento de los exámenes” no es un riesgo, es el efecto de la materialización del riesgo.
- “Resultados erróneos de los exámenes”, se establece como causas, “falta de adherencia a protocolos” y “fallas en el seguimiento y verificación de resultados” y como control establecido “realizar una segunda revisión de la validación de los resultados”, analizadas las causas y el control existe coherencia, por lo que la ocurrencia del riesgo continua en zona extrema pero controlada con lo establecido.
- “Direccionamiento técnico de los procesos contractuales para la compra de equipos y suministros” como causas “bajo control de los procedimientos”, “procesos manuales” y “bajo control y registro del ingreso” y como controles “junta de adquisiciones” y “comités”, aunque es un riesgo institucional los controles establecidos dependen de terceros, por lo que no son administrados por el Área, adicional a que no presentan coherencia con las causas establecidas, observando que el riesgo establecido no presenta un indicador con el cual se pueda medir su ocurrencia.
- “Registro de información incompleta - Falta de ingreso de exámenes completos de la orden solicitada”, establece como causas “error visual, falta de concentración y de verificación del ingreso de pacientes por parte del personal que registra diariamente” y como control “se realiza una segunda revisión de las ordenes de laboratorio en consulta externa”; analizadas las causas y el control identificado, dejan por fuera del control las ordenes de laboratorio del Área de Urgencias y de Hospitalización, por lo que la ocurrencia del riesgo no está mitigada; si el Área implementa acciones de mejora a las causas identificadas el riesgo disminuye, convirtiéndose en uno temporal; por lo que se considera que este riesgo no debe ser tenido en cuenta, pero si como acciones de mejora.

5.7.2 Riesgos no identificados: Se identificó el riesgo de “Dispensar bienes que no corresponden a lo solicitado” cuya causa es “diferencias de inventario”.

5.7.3 Riesgos de Corrupción

- En el mapa de corrupción institucional no se contempló ningún riesgo que deba ser administrado por el Área Laboratorio Clínico, sin embargo en la evaluación se determinó como riesgo la “Fuga de inventarios”, cuyas causas son “falta de la trazabilidad en los registros”.
- El Área presenta mapa de riesgos de corrupción en un documento sin legalizar, en el cual se registra el riesgo “Pérdida de Reactivos” con causas “fallas en la administración de los inventarios” y “fallas en el control” estableciendo como controles “control de inventarios”, “tecnología especializada del equipo” y “auto control del líder de cada sección”, riesgo que se materializo teniendo en cuenta la prueba selectiva de inventario anteriormente mencionada.

Adicionalmente, no se observa que la Responsable del Área y la Jefe de la Unidad de Apoyo Diagnostico y Terapéutico, responsable del proceso Apoyo Diagnostico hayan efectuado el monitoreo y seguimiento periódico a los riesgos del Área Laboratorio Clínico, por lo que no se está dando cumplimiento a la Resolución Interna 512 del 21 de junio/16.

5.8. Contratos: Cuenta con 20 contratos para el suministro de reactivos e insumos destinados al Laboratorio Clínico, suscritos en las vigencias 2015 y 2016 hasta el 30 de junio 2018, por lo que se tomó una muestra del 30% (6), presentando en la revisión lo siguiente:

5.8.1 A los Contratos 282, 287, 290, 305 y 307 del 2015 se revisaron los informes de supervisión, comparando la relación de las facturas, el valor y los insumos suministrados con los respectivos valores, de 12 facturas de la vigencia 2017, frente a los valores registrados en los contratos, no encontrando diferencias.

5.8.2 Contrato 286/15 suscrito el 15 de diciembre/15 con el contratista Abbott por valor \$ 4.418 millones con plazo al 30 de junio/18, para el suministro de reactivos e insumos establecidos como: Grupo 1 Química, Grupo 2 Inmunología y Grupo 3 Medicamentos y otros, con un presupuesto por vigencia, así:

En millones de pesos

Grupo	Vigencia/15 \$	Vigencia/16 \$	Vigencia/17 \$	Vigencia/18 \$	Total Grupo \$
TOTALES	118	1.660	1.710	930	4.418

De acuerdo con la ejecución presupuestal se observa que con corte 30 de agosto/17, se han ejecutado \$342,7 millones que corresponden a las vigencias 2015 y 2016, quedando por ejecutar de la reserva presupuestal 2016 la suma de \$ 567,7 millones, es decir el 71% del valor asignado, valor que se considera que no se va a ejecutar en su totalidad teniendo en cuenta las estadísticas de consumo y por tanto fenecerá a diciembre/17.

Adicionalmente al no ejecutarse la totalidad de la reserva presupuestal de la vigencia 2016, no se ejecutará el presupuesto asignado en la vigencia 2017, por lo que se tendrá que dejar en reserva presupuestal para la vigencia 2018 \$ 1.710 millones y por tanto tampoco se ejecutarían los \$ 930 millones de la vigencia/18.

5.9 Sistema de Información: El Área cuenta con un sistema integral de gestión Tharsis para laboratorios de análisis clínicos y de derivaciones, con el cual se ingresan datos demográficos de los usuarios, se procesan los respectivos exámenes o muestras y se emiten resultados después de validados, el cual según correo interno del 08 de agosto/17 a partir del 15 de agosto/17 inició la implementación de la interfaz con el sistema Dinámica Gerencial, pero a la fecha se encuentra suspendido, debido a que se realizaron pruebas y no arrojaron los resultados esperados estando en ajuste de acuerdo con lo manifestado por la Responsable del Área.

Por lo anterior no se está dando cumplimiento a lo establecido en el pliego de condiciones definitivo del proceso de selección contractual 009 de 2015 Subasta Inversa, que en el Capítulo III Numeral 13 Documentos Habilitantes de Contenido Técnico, en el Formulario 8 Características Técnicas Mínimas, Especificaciones Técnicas de Obligatorio Cumplimiento (2), Requerimientos Sistema de Información y que hace parte integral del contrato, indica que: "... De igual forma el sistema de información del laboratorio clínico ofertado debe poseer una interfaz de comunicación a través de web service con el sistema de información institucional de la entidad, de tal forma que los datos que requiere este último sean recibidos directamente desde el sistema de información del laboratorio clínico. El oferente adjudicatario deberá: ... Realizar la interfase con el sistema de información con el que cuente el hospital durante la ejecución del contrato..."; adicionalmente, con relación al software "el sistema de información deberá estar en funcionamiento para el trabajo interno de todo el laboratorio clínico en un plazo total de 45 días calendario, en este plazo el sistema de información del laboratorio debe estar en conexión con el del Hospital Militar (interface entre los diferentes equipos)", requerimiento que no se ha puesto en funcionamiento por lo que se presenta un incumplimiento al Contrato 286 de 2015.

5. 10 Otras Oportunidades de Mejora: El Área no cuenta con política de operación en donde se establezca las acciones y mecanismos asociados a sus procedimientos y que permitan prever los riesgos, la construcción de la misma garantiza el correcto cumplimiento de las estrategias, actividades y funciones del Área y sirve como guía para orientar su quehacer, así como establecer objetivos en la construcción de sus planes.

6. Descripción de las no conformidades Auditoria Médica:

Criterio	Numeral	Descripción
PROCEDIMIENTO DE TOMA DE MUESTRAS		
Toma de muestras – Consulta Externa	6	Se evidencia funcionario en la toma de muestras de consulta externa realizando el procedimiento de toma de muestra sin los elementos de bioseguridad (guantes y tapabocas).
Toma de muestras en Hospitalización Recibir órdenes medicas de piso y/o	12 – 13 - 15	Se evidencia que el Auxiliar de Laboratorio como lo describe el procedimiento AD-LABO-PR-01 no es quien toma las muestras; estas son tomadas por el personal de Enfermería (Jefes y/o Auxiliares de enfermería). Corroborado con la jefe del Laboratorio Clínico.

[Firma]

FORMATO	INFORME DE AUDITORIA	CODIGO	EM-CLDD-PR-01-FT-04	VERSION	03
		Página:		10 de 16	

buzón y alistamiento de material y subida a pisos		
Toma de muestras en Hospitalización Carga glucosa	14	No se especifica en el procedimiento AD-LABO-PR-01 quien debe continuar tomando muestras en pacientes con carga de glucosa después de la primera toma.
Toma de muestras en Hospitalización Toma de muestras de difícil acceso	16	Se evidencia que enfermería es quien toma todas las muestras a los pacientes sean o no de difícil acceso; incumpliendo el procedimiento AD-LABO-PR-01.
Toma y recibo de muestras en Hospitalización. Producto no conforme	19	No se evidencian documentadas las condiciones en las que deben llegar las muestras al laboratorio clínico para la viabilidad de su procesamiento. En caso de que las muestras no sean viables para procesarlas no se evidencian mecanismos de comunicación efectivos y unificados por parte de Laboratorio Clínico - Se evidencia registro incompleto en el sistema de la no conformidad de la muestra sin fecha, hora que quien realiza la información. Ver Anexo N° 1. - Comunicación telefónica deficiente para reporte, en los registros que tienen en el Laboratorio se identifica notas de: no contestan en el piso, situación que se refiere ser constante.
Recibo de muestras de Hospitalizados: recibir órdenes medicas de piso	21	- Se evidencia que libro ubicado en la ventanilla del 3 piso, no se está diligenciado en su totalidad y los registros no son legibles. Ver Anexo N° 2 - El transporte y entrega de muestras al Laboratorio en algunas ocasiones es realizado por personal diferente a lo estipulado en el procedimiento (secretarias y auxiliares de enfermería). Ver Anexo N° 3.
Recolección de muestras en Urgencias: Verificar el registro de ordenes medicas junto con la muestras en el libro de urgencias	25	Se identifica que la auxiliar de Laboratorio Clínico realiza recorrido por el servicio de urgencias en algunas ocasiones regularmente en horas de la mañana; el tiempo restante quienes registran, toman y envían las muestras es el personal de enfermería asignado utilizando el correo neumático para el envío de las mismas.
Urgencias: Recibir órdenes medicas y verificación de calidad de la muestra	26	Quien verifica orden, calidad de las muestras y rotulación de la misma es el personal de enfermería de urgencias asignado en cada turno. Si se presenta alguna no conformidad de la muestra no se cuenta con mecanismos de comunicación efectivos y unificados por parte de Laboratorio Clínico. En urgencia se identifica una nota en físico que llega por el correo neumático de transporte "Reportando que falta un tubo azul para PT y PTT", la nota se encuentra sin hora y nombre de quien realiza la notificación. Anexo N° 5.
Urgencias: Transporte muestras	27	Se identifica que la auxiliar de Laboratorio Clínico realiza recorrido por el servicio de urgencias en algunas ocasiones regularmente en horas de la mañana; el tiempo restante quienes registran, toman y envían las muestras es el personal de enfermería asignado utilizando el correo neumático para el envío de las mismas. El libro de registro de muestras enviadas al Laboratorio no se encuentra diligenciado en su totalidad. Ver Anexo N° 4.
Recepción Consulta Externa	NA	En el desarrollo de la auditoria se evidencia el consumo de alimentos en áreas que son atención al público y no son áreas destinadas para tal fin.

gca

FORMATO	INFORME DE AUDITORIA	CODIGO	EM-CLDD-PR-01-FT-04	VERSION	03
		Página:		11 de 16	

Hospitalización y urgencias	NA	El procedimiento de toma de muestras No cumple, debido a que las tareas planteadas en el documento no son las realizadas en la práctica.
Hospitalización y urgencias	NA	El alcance del procedimiento no abarca la complejidad del mismo se delega la responsabilidad de la toma y transporte de la muestra al camillero y personal de enfermería.
Procesos prioritarios de Laboratorio Clínico	NA	Procesos prioritarios: ➤ No se cuenta con el Manual de toma, transporte, conservación y remisión de muestras alineados con la resolución 2003 de 2014.
Hospitalización y urgencias	NA	Se evidencia desinformación en cuanto al uso del correo neumático; en urgencias funciona pero no se encuentra documentado. En hospitalización el correo neumático se desconoce su uso y funcionalidad y no se cuenta con las capsulas de envío.
Reporte de laboratorios en Sala de Partos y UCIS	NA	- En auditoria de seguimiento a reporte de laboratorios se identificó los siguientes casos puntuales, los cuales presentamos para seguimiento (se adjuntan soportes) ➤ Error de reporte serología: Paciente con reportes en controles prenatales de SEROLOGIA NO REACTIVA y al ingreso para la atención del parto se encuentra reporte Inicial de SEROLOGIA REACTIVA 1:64DIL, Fecha y Hora de Validación 22/08/17 Hora 15:43, Segundo Reporte SEROLOGIA NO REACTIVA, Fecha y Hora de Validación 23/08/17 Hora 2:26 am. ➤ Error de reporte serología: Paciente con reportes en controles prenatales de SEROLOGIA NO REACTIVA y al ingreso para la atención del parto se encuentra reporte Inicial de SEROLOGIA REACTIVA 1:32DIL, Fecha y Hora de Validación 22/08/17 Hora 16:36, Segundo Reporte SEROLOGIA NO REACTIVA, Fecha y Hora de Validación 23/08/17 Hora 2:28 am ➤ Error de reporte en gases arteriales: Reporte Inicial (23/08/17 hora 5:46am) de con valores no concordantes con relación a condición clínica del paciente, razón por la cual le solicitaron nueva toma y procesamiento de los mismo los cuales si concuerdan con su condición clínica, pero cabe destacar que dicho reporte presenta gran discrepancia con relación a las iniciales, Reporte 2da Muestra (23/08/17 hora 7:27am) ➤ Error de reporte en gases arteriales: (Paciente de Uci Pediátrica), Paciente a quien se toman muestras para gases arteriales el día 23/08/17 Hora 5:00am por parte de Jefe de servicio, ingreso al laboratorio 5:19am, Aval 5:40am (muestra Coagulada), Reporte al servicio de dicha novedad 6:30am, se toma nueva muestra con ingreso al laboratorio de las 7:06 con reporte definitivo de las 7:27am.
PROTOCOLO SEGURIDAD DEL PACIENTE (CORRECTA IDENTIFICACIÓN DE LAS MUESTRAS EN EL LABORATORIO CLINICO)		
Identificación de Muestras	AD-LABO-PT-22	Al inicio de la auditoria a pesar que este protocolo aparecía en el listado maestro documental del laboratorio clínico con código AD-LABO-PT 22, no se encontró en la intranet, pero fue aportado por la Jefe del Laboratorio Clínico. En el transcurso de la auditoria se identifica en el sistema de Gestión documental de la intranet que el día 17 de agosto; se adopta el paquete instruccional del Ministerio de Salud versión 2.0 – Garantizar la correcta identificación del paciente y las Muestras de Laboratorio". En cual contiene las siguientes indicaciones: "Existencia de protocolos claros de identificación de paciente y de las muestras biológicas a lo largo de todo el proceso (pre analítica, analítica y post analítica).
PROCEDIMIENTO REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA		
NA	NA	En el procedimiento AD-LABO-PR-20 no se encuentra el paso a seguir con el reporte del resultado en físico del laboratorio externo traído por el mensajero.
NA	NA	En el procedimiento AD-LABO-PR-20 no se evidencia el mecanismo de información al médico, personal de enfermería y pacientes que por su condición clínica egresan de su hospitalización sin tener respuesta sobre el resultado del examen solicitado.

apca

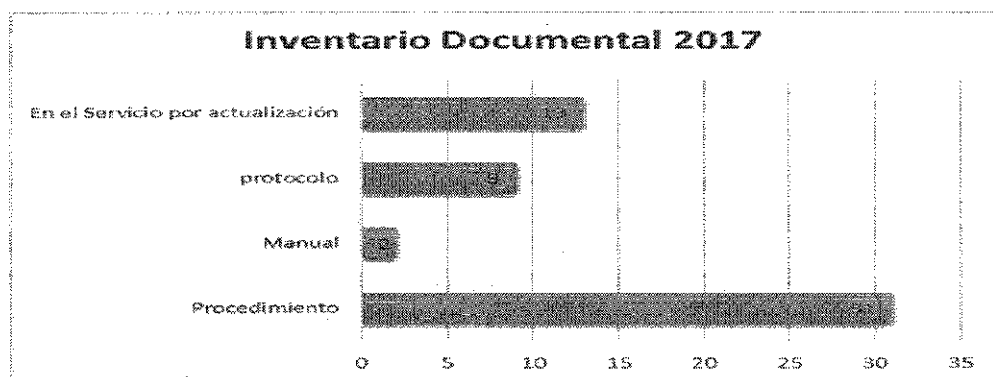
FORMATO	INFORME DE AUDITORIA	CODIGO	EM-CLDD-PR-01-FT-04	VERSION	03
		Página:		12 de 16	

NA	NA	En el procedimiento AD-LABO-PR-20 no está estipulado que seguimiento se realiza por parte del Laboratorio a aquellos exámenes externos que a pesar de haber cumplido con los tiempos establecidos por el Laboratorio de referencia no se cuenta con el resultado.
PROTOCOLO TOMA DE TEMPERATURA Y TERMOHIGROMETROS		
NA	AD-LAB-PT-20	El cuerpo del protocolo no se ajusta lo referente al título y objetivo del protocolo.
PROTOCOLO DE LAVADO Y REUSO DE MATERIAL EN EL LABORATORIO CLINICO		
1. Lavado de material de vidrio (tubos de vidrio tubos tapa rosca, laminas, probetas, vasos de precipitado pipetas volumétricas de vidrio)	NA	En entrevista realizada al personal encargado se identifica: Procesos de inactivación no cumple con el tiempo estipulado en el protocolo AD-LAB-PT-170 refieren que es de 15 minutos y no las 2 horas mencionadas. La solución de jabón Neutro (deter-plus), la preparación no cumple con tiempo de preparación refieren que dura 1 mes aproximadamente y no se cambia cada dos días como está mencionado en el protocolo.
2. Lavado de material de plástico (tubos plásticos equipo de orinas)	NA	En entrevista realizada al personal encargado se identifica: Procesos de inactivación no cumple con el tiempo estipulado refieren dejar el material entre 90 min hasta 12 horas, no las 2 horas que registran en el protocolo AD-LAB-PT-170.
3. Material de hematología (laminas porta objetos)	NA	El proceso de inactivación aplicado a las láminas usadas es de 90min, mas no de 10 min como está estipulado.
8. Control de lavado de material	NA	Se evidencia mención de la marca de desinfectante que se está utilizando en el momento de la auditoria no es la registrada en el protocolo.

7. Descripción de las no conformidades Auditoria Calidad:

7.1 Gestión Documental

- Se realiza evaluación inicial del sistema de gestión documental, con la revisión del listado maestro de documentos encontrando 55 documentos (31 procedimientos, 13 vigentes, pero se encuentran en el servicio para actualización, 9 protocolos, 2 manuales) que corresponde al 100%, los cuales están vigentes en su totalidad.



Es importante recalcar que desde calidad se ha tratado de dar el apoyo para realizar la actualización de los documentos. Se anexa estado de gestión documental presentada durante la visita:

gpc

COMPROMISOS	FECHA DE EJECUCION	RESPONSABLE	SEGUIMIENTO
En el año 2015 se realizó legalización documental de 140 documentos entre manuales, protocolos y procedimientos	18/07/2015	TC. Ivonne López, Dra. Martha Medina	Se publicaron en la intranet según listado a esa fecha, próximo seguimiento conforme a lo descrito en la Resolución 2003 frente al periodo de revisión
Para el año 2016, 140 documentos son re validados	14/12/2016	TC. Ivonne López, Dra. Martha Medina	Los documentos revalidados se publicaron en la intranet según listado a esa fecha, próximo seguimiento conforme a lo descrito en la Resolución 2003 frente al periodo de revisión
Para el año 2017 se evidencia una actividad de mejoramiento, en donde se integran los protocolos existentes por secciones, lo que permite organizarlos de 106 protocolos a 10 protocolos, a la fecha se encuentran publicados. Aún se continua trabajando en la modificación y ajuste documental	Inicio 19 mayo 2017, aún se continua en proceso	TC. Ivonne López, Dra. Martha Medina	De los 10 protocolos publicados dan a conocer la socialización de 3 protocolos: • Gases arteriales • Carga viral • Inmunología clínica.
La sección de coagulación realizo actualización documental y modificación los documentos existentes, pasando de tener 17 procedimientos y 5 protocolos a la integración de un único protocolo para esta sección	30/08/2017	TC. Ivonne López, Dra. Martha Medina	A la fecha no dan a conocer socialización
A la fecha se están trabajando en la actualización de: 1 Manual de bioseguridad, 13 procedimientos, 9 protocolos, 2 manuales; los cuales están en revisión por la Responsable del Área.	Desde mayo 2017 a la fecha	TC. Ivonne López, Dra. Martha Medina	Están en el servicio por revisión técnica y ajuste documental

- La utilización de la intranet no se utiliza adecuadamente. El área de Laboratorio continua presentando documentos no codificados y/o en borrador
- Se cuenta con un proceso de inducción en el puesto de trabajo, el cual no se encuentra documentado, y los formatos que presentaron como soporte, no está codificado.
- No se cuenta con indicadores de evaluación y de adherencia a los procedimientos.
- Se evidencia el no reporte de los incidentes o eventos adversos al líder de seguridad del paciente
- Frente al reporte de eventos adversos, se hace análisis interno con protocolo de Londres y se registran compromisos, el manejo que se realiza no es el institucional, generando riesgos en el cumplimiento de la política de seguridad del paciente. Muestran un documento propio el cual no es el institucional para el registro de acciones de mejora en eventos adversos.

7.2 Procesos De Calidad - Seguridad Del Paciente

FORMATO	INFORME DE AUDITORIA	CODIGO	EM-CLDD-PR-01-FT-04	VERSION	03
		Página:		14 de 16	

Adherencia a Seguridad Del Paciente

- No adherencia al protocolo de lavado de manos:

Área toma de muestras en urgencias se evaluó una auxiliar de enfermería (funcionaria encargada de la toma de muestras), porcentaje de no cumplimiento 100%.

Área de Laboratorio Clínico se evaluaron 12 funcionarios que se encontraban en el área de estos el 25% no cumple.

- Marcación incorrecta de las muestras (nombres completos, número documento de identificación):

Área toma de muestras en urgencias se verificaron 15 muestras con un porcentaje de incumplimiento del 100%.

Registro en el libro de muestras de laboratorio (servicio de urgencias), se verificaron 43 registros y se evidenció un porcentaje de incumplimiento del 100%.

- No se evidenció un procedimiento para identificar y evaluar errores en la entrega de resultados lo que no garantiza confiabilidad en la entrega de la información (cuando se presenta error en la digitación de un resultado de laboratorio por parte de la bacterióloga, esta informa de manera inmediata a la Coordinadora del área quien realiza invalidación del registro y autoriza la digitación nuevamente del resultado correcto. Este proceso se está realizando sin validar, si la información ya fue revisada por el equipo tratante; en algunas áreas como inmunoquímica cuando se presenta error en la digitación del resultado de laboratorio informan al médico tratante sobre el error y si no es posible encontrarlo, le comunican al jefe de enfermería del servicio para que esta transmita la información al médico, pero no se verifica que la información errónea ya haya sido evaluada por el equipo).
- En el Laboratorio Clínico no se evidencia reporte, ni análisis de errores en cualquiera de las fases de la entrega de resultados para tomar acciones correctivas.
- No se asegura la dispensación de insumos en el área de:

Microscopia no se evidencia jabón para lavado de manos.

Microbiología área sin agua por daño en tubería de salas de cirugía, la coronel informa que están pendientes de solución del daño el 24-08-2017 para tomar medidas pues en el momento informan que para el lavado de manos se desplazan al baño ubicado a la entrada del servicio (25-08-2017 a las 14+15 se informa a la capital Carolina Silva).

7.3 Organización y Gestión.

- Se evidencia que Manual de Bioseguridad. Código: AD-LABO-MN-01. Fecha de emisión 01-02-2016. Versión 02., no está ajustado a la práctica real del servicio, ejemplo: esta descrito en el manual que el jabón que se utiliza en la limpieza es Ajax y la desinfección se realiza con hipoclorito de sodio; la limpieza de refrigeradores y congeladores se realiza semanalmente por auxiliar de laboratorio con el uso, dentro de elementos de protección personal de guantes de tipo industrial y lo realizan con guantes de látex, utilizando jabón Ajax y desinfectan con hipoclorito de sodio a 10.000 ppm., entre otros).

- Procedimiento de toma de muestras Código: AD-LABO-PR1 fecha de emisión 18/07/2015, debe ajustarse pues se evidencia que en el procedimiento se describe el Sistema Enterprise para el registro y el usado actualmente es el Tharxis.

- Procedimiento de recepción y almacenamiento en laboratorio clínico



FORMATO	INFORME DE AUDITORIA	CODIGO	EM-CLDD-PR-01-FT-04	VERSION	03
		Página:		15 de 16	

- No hay evidencia un procedimiento donde se documente la solicitud de insumos de Laboratorio Clínico al almacén 6. El formato que se está empleando no se encuentra incluido dentro del sistema documental institucional.
- Hay incumplimiento frente al procedimiento Recepción técnica de medicamentos y dispositivos médicos quirúrgico (DMQ). Entre ese incumplimiento se destaca la utilización de un formato que no se encuentra incluido dentro del sistema documental
- No hay adherencia al procedimiento almacenamiento de medicamentos, dispositivos médicos y otros insumos para el cuidado de la salud Código FT-CLDD-03 V3 de la unidad de farmacia. Los productos se encuentran algunos sin estivas, no existe delimitación de áreas.
- Procedimiento de recepción y almacenamiento en almacén 6
- No se evidencia cumplimiento del procedimiento Almacenamiento de medicamentos, dispositivos médicos y otros insumos para el cuidado de la salud código FT-CLDD-03 V3 de la unidad de farmacia, en lo referente a salida de reactivos e insumos para consumo. (FEFO), en la clasificación por grupos y localización por orden alfabético del producto, en la señalización de áreas.
- Se evidencia incumplimiento del procedimiento de Recepción técnica de los reactivos que requieren cadena de frío. Estos son enviados directamente a Laboratorio Clínico sin recepción previa del almacén 6.
- Se evidencia desconocimiento del procedimiento que aplica para recepción técnica y almacenamiento de reactivos e insumos, el funcionario evaluado desconoce que para esta tarea aplica el procedimiento de Recepción técnica de medicamentos y dispositivos del área de farmacia.
- Procedimiento de recepción y almacenamiento en Laboratorio de inmunología especial
- No se evidencia cumplimiento del procedimiento: plan de mantenimiento equipo biomédico y el Decreto 4725 de 2005 los termómetros de las neveras y los termo higrómetros en laboratorio clínico, laboratorio de Inmunología especial y laboratorio de coagulación y almacén 6.
- No se evidencia adherencia a formato institucional de medición de temperatura de acuerdo a Procedimiento Control de calidad temperatura de equipos. (Banco de sangre).

Mantenimiento de neveras

Neveras y Congeladores Utilizadas Para Laboratorio Clínico	Mantenimiento Preventivo En 2017	% De Mantenimiento	Con Calibración Durante 2017	% De Calibración
13	13	100%	0	0%

8. Conclusiones de la auditoría:

8.1 De acuerdo con la evaluación efectuada al Área Laboratorio Clínico se hace la calificación del grado de madurez del Modelo Estándar de Control Interno, tomando como base la Guía de Auditoría para entidades públicas emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública, presentando un avance del 57% sobre 100%, estando en el rango de 0-59%, es decir que el Modelo se cumple parcialmente, debido a que falta: plan de acción/17, políticas de operación, debilidad en el control de inventarios,

Open

FORMATO	INFORME DE AUDITORIA	CODIGO	EM-CLDD-PR-01-FT-04	VERSION	03
		Página:		16 de 16	

implementación de la planilla de control de horarios, escasa administración de riesgos y debilidad en el control de ejecución del contrato 286/15.

En cumplimiento de la Circular 01/15 del Consejo Asesor del Gobierno Nacional en Materia de Control Interno de las Entidades del Orden Nacional y Territorial, se advierte para que se tomen las acciones para el fortalecimiento del Sistema de Control Interno en el Área Laboratorio Clínico, con el propósito de tener una adecuada administración y custodia de los bienes que se encuentran en depósito.

8.2 Incumplimiento Resolución 2003 del 2014, requisitos mínimos de habilitación. Procesos prioritarios.

8.3 Incumplimiento en el procedimiento de toma de muestras AD-LABO-PR-01, Versión 02.

8.4 Incumplimiento en el protocolo: Seguridad del paciente (correcta identificación de las muestras en el laboratorio clínico) AD-LABO-PT-22

8.5 Incumplimiento en el protocolo de lavado y reusó de material en el laboratorio clínico. AD-LAB-PT-170

8.6 Incumplimiento en el manual de bioseguridad y esterilización en el laboratorio clínico AD-LABO-MN-01 Versión 02

8.7 Durante el ejercicio de la auditoría se evidencia el compromiso del área de laboratorio clínico con el desarrollo y cumplimiento del objetivo para el cual fue contratado, esto se refleja en la inversión en tiempo que hacen a la capacitación y seguimiento a las labores ejecutadas por el personal, es importante seguir trabajando en la cultura de aprendizaje y adherencia a protocolos y funciones propias.

8.8 La auditoría se desarrolló en un ambiente de colaboración y compromiso permanente, sin evadir responsabilidades y en actitud totalmente receptiva ante las observaciones realizadas.

8.9 La auditoría realizada aplica al área de laboratorio clínico contribuyendo a precisar el nivel de desempeño y la detección de oportunidades de mejora en el proceso de apoyo diagnóstico y terapéutico

8.10 Es importante que se realice una revisión y ajuste para el cumplimiento de la normatividad vigente.

Atentamente,


Gladys Consuelo Céspedes Martínez
Jefe Oficina Control Interno